UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 114

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ANUS CONTRE NATURE ET DES FISTULES STERCORALES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 juillet 1910

PAR

Charles JOURDAN

Né à Drariah (Alger), le 29 juin 1883

ADMISSIBLE A L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE (Concours 1902)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ D'ALGER (Concours 1906, 1er Prix)

EXTERNE DES HOPITAUX D'ALGER (Concours 1905)

INTERNE DES HOPITAUX D'ALGER (Concours 1906)

INTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (Concours 1908)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur
JEANBRAU, Agrégé
RICHE, Agrégé

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1910

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

ANUS CONTRE NATURE

ET DES

FISTULES STERCORALES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 114

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ANUS CONTRE NATURE ET DES FISTULES STERCORALES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 juillet 1910

ACAD. LUGDUNAT. BIBL.

PAR

Charles JOURDAN

Né à Drariah (Alger), le 29 juin 1883

ADMISSIBLE A L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE (Concours 1902)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ D'ALGER (Concours 1906, 1er Prix)

EXTERNE DES HOPITAUX D'ALGER (Concours 1905)

INTERNE DES HOPITAUX D'ALGER (Concours 1906)

INTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (Concours 1908)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur
JEANBRAU, Agrégé
RICHE, Agrégé

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD. . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TÉDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✲)
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE (✲), *président.* | JEANBREAU, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.* | RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage d'infinie reconnaissance pour les lourds sacrifices que vous vous êtes imposés pour moi.

A MON FRÈRE, A MA BELLE-SŒUR

ET A LEUR GENTILLE PETITE MIREILLE

A LA MÉMOIRE DE MON MALHEUREUX AMI MARCEL SURIN

MEIS ET AMICIS

C. JOURDAN.

A mon Président de thèse et cher Maitre

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

Témoignage de profond respect, d'admirative reconnaissance et de dévouement pour le Maître bienveillant qu'il a toujours été pour nous.

A mon Maitre

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

Hommage de vive sympathie et d'affectueuse reconnaissance.

A mon Maitre

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANBRAU

A mon Maitre

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHE

A mon Maitre et Ami

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MASSABUAU

C. JOURDAN.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CURTILLET

DOYEN DE LA FACULTÉ D'ALGER

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ D'ALGER
ET DES HOPITAUX DE MUSTAPHA

External des Hôpitaux d'Alger (Hôpitaux de Mustapha) :

Monsieur le Professeur CURTILLET.
Monsieur le Professeur suppléant SCHERB, médecin des hôpitaux.
Monsieur le Professeur CRESPIN, médecin des hôpitaux.
Monsieur le Professeur REY, chirurgien des hôpitaux.
Monsieur le Professeur BRAULT.

Internat des Hôpitaux d'Alger :

Monsieur le Docteur SALIÈGE, médecin des hôpitaux.
Monsieur le Professeur suppléant SCHERB.
Monsieur le Professeur MOREAU.
Monsieur le Docteur DENIS, chirurgien des hôpitaux.
Monsieur le Professeur BRAULT.
Monsieur le Professeur ARDIN-DELTEIL.

A LA MÉMOIRE DE MES REGRETTÉS MAITRES

Monsieur le Professeur TROLLARD.
Monsieur le Professeur suppléant SCHERB.

C. JOURDAN.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-ELOI-SUBURBAIN

INTERNAT :

1909 Monsieur le Professeur ESTOR.
— Monsieur le Professeur DE ROUVILLE.
1910 Monsieur le Professeur FORGUE.

A MES MAITRES DE CONFÉRENCES D'INTERNAT

Monsieur le Professeur agrégé RICHE.
Monsieur le Professeur agrégé GAUSSEL.
Monsieur le Docteur ROGER, chef de Clinique médicale.

C. JOURDAN.

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

ANUS CONTRE NATURE

ET DES

FISTULES STERCORALES

INTRODUCTION

Quand, sur les indications et les conseils de notre maître, le professeur Forgue, nous avons entrepris ce travail, nous n'avons pas eu l'intention de traiter d'une nouveauté chirurgicale. Le traitement des anus contre nature est une question ancienne. Mais il a subi toutes les fluctuations de la chirurgie, et grâce aux méthodes modernes, il a pris un essor nouveau. Aux techniques de l'ère prélistérienne, n'osant intervenir que localement, les chirurgiens ont peu à peu substitué des procédés hardis à l'époque où ils ont été conçus et qui nous paraissent naturels, à nous, qui avons été élevé dans la pratique de l'antisepsie et surtout de l'asepsie la plus rigoureuse. Les méthodes « intra-péritonéales », comme nous avons essayé de le démontrer dans ce travail, sont, à l'heure actuelle, les méthodes de

choix. Nous avons réuni les traitements des anus contre nature et des fistules stercorales. En effet, les différences entre ces deux lésions ne sont nettes que pour les cas extrêmes. On dit « *fistule stercorale* » quand les dimensions de l'orifice cutané sont petites et quand la quantité de matières qu'il laisse passer est peu importante. On dit : « *anus contre nature* » quand il y a un éperon plus ou moins prononcé, quand les dimensions de l'orifice cutané sont considérables, lorsque enfin il laisse passer la totalité ou la majeure partie des matières. Mais le plus grand nombre des abouchements stercoro-cutanés est difficile à classer. De grands orifices sans éperon, de petites fistules avec éperon, peuvent constituer de véritables anus contre nature. Par l'étude de nos observations, nous avons été amenés à conclure que les points importants dans le traitement étaient, non pas les dimensions de l'orifice, comme pour les anciens auteurs, mais bien les adhérences péritonéales, l'état de l'intestin et l'éperon. Les trois genres d'opérations ; entérorraphie latérale, entérectomie, entéro-anastomose (exclusion), permettent, quel que soit le cas, d'aboutir à la guérison. Les travaux sur la question sont excessivement nombreux. Depuis la thèse de Goetz, en 1890, il n'avait pas été fait de travail de condensation. Nous avons essayé de le faire d'autant plus volontiers que depuis cette époque, les idées (et les résultats) ont radicalement changé. Les chirurgiens actuels sont à peu près tous convaincus de l'excellence, de la supériorité et de la sécurité des interventions radicales, intra-péritonéales d'emblée.

En rassemblant, en comparant et en étudiant les observations récentes que nous avons pu réunir, nous espérons l'avoir démontré.

PREMIÈRE PARTIE

GÉNÉRALITÉS

I

ETIOLOGIE

Les anus contre nature peuvent se ranger en deux grandes classes, au point de vue de leurs causes : les *anus accidentels* et les *anus chirurgicaux*.

Cette division est évidemment artificielle, car il est des anus que l'opérateur établit lui-même, et qui ne sont pourtant que des accidents, par exemple celui qu'on laisse après une hernie étranglée avec sphacèle de l'intestin. Nous la conserverons cependant, car elle est commode, simplifie la classification étiologique des anus contre nature et répond à la majorité des cas.

Anus accidentels. — C'étaient à peu près les seuls que connussent les anciens chirurgiens ; et, dans la majorité des cas, ils étaient consécutifs à une *gangrène herniaire* : « L'anus contre nature, nous dit Boyer, est toujours la suite d'une hernie étranglée avec gangrène, d'une plaie pénétrante de l'abdomen dans laquelle l'intestin est blessé, ou d'un abcès de la paroi du ventre, dans lequel une portion d'intestin qui a contracté des adhérences avec cette paroi se trouve comprise. » En étudiant nos observations, nous voyons que les causes se répartissent ainsi :

Etranglement herniaire inguinal	38
Etranglement herniaire crural	31
Etranglement herniaire ombilical	5
Appendicite	31
Laparotomies	8
Abcès péri-intestinaux	7
Traumatismes (plaies de l'abdomen)	2

Nous voyons facilement que l'étranglement herniaire fournit encore la plus grande partie des anus accidentels. Il est probable que le nombre ira en diminuant, car les chirurgiens font assez volontiers actuellement les résections intestinales pour sphacèle dans une hernie étranglée, suivie d'entérorraphie circulaire ou d'anastomose au bouton (Delore et Patel). Brown (American Journal of Obstetric, New-York, 1905, LII, 754), va jusqu'à dire que dans les hernies étranglées avec nécrose il préfère la résection intestinale d'emblée à l'anus contre nature. Nous ne discuterons point ici les indications réciproques de la résection et de l'anus dans l'étranglement herniaire compliqué de sphacèle. Nous nous contenterons de dire qu'actuellement, dans nombre de cas où les chirurgiens d'il y a quelques années auraient laissé l'intestin sous la compresse, s'exposant ainsi à un anus contre nature, on peut en sécurité presque totale, à l'aide d'un traitement approprié à l'état de l'intestin et aussi du malade, réduire l'anse lésée (réséquée, suturée latéralement), et obtenir la guérison d'un seul coup.

Anus chirurgicaux. — Cette seconde série d'anus est beaucoup plus intéressante que la première, car nous traitons là les fistules intestinales que le chirurgien établit lui-même. On peut les diviser en deux classes :

1° Les anus établis d'urgence ;

2° Les anus établis « à froid ».

C'est une des questions les plus importantes de la chirurgie intestinale que celui de l'établissement d'un anus contre nature. Nous passerons rapidement sur ceux que l'on est amené à faire pour une occlusion due à un volvulus, un étranglement interne, une invagination, une obstruction quelconque. Nous nous arrêterons un peu plus longuement sur l'anus contre nature, premier temps d'une opération pour cancer ou sténose de l'intestin (du côlon et du rectum en particulier). La technique du traitement en trois temps du cancer du côlon et du rectum, mise en valeur par Jaboulay, par Cavaillon, comprend : premier temps, anus iliaque (cœcal ou sigmoïdien) ; deuxième temps, extirpation du cancer (colique ou rectal) ; troisième temps, fermeture de l'anus (quand c'est possible).

L'idée première d'établir un anus iliaque pour permettre d'opérer les tumeurs de l'intestin sans être gêné appartient à Pollosson (Lyon Médical, 1884, p. 67), et a été exposée par Laguaite dans sa thèse (Lyon, 1884). Actuellement les chirurgiens paraissent s'être ralliés à cette méthode, dont les résultats sont extrêmement satisfaisants. De là, d'ailleurs, a découlé l'éclosion d'une foule de procédés d'établissement d'anus contre nature, les chirurgiens pensant toujours à la fermeture secondaire de cet anus qu'ils sont en train d'établir et se préoccupant d'assurer la vacuité du bout inférieur ; les techniques les plus suivies sont celles de Schinzinberg, Chalot, Bœckel, Quénu, dont le procédé a été de nouveau décrit par Francoz (1908), Verneuil, Maydl, Peclus, Hartmann, pour ne citer que les principales.

Soixante-deux de nos observations signalent des anus établis ainsi chirurgicalement, soit pour occlusion aiguë,

soit pour obstruction chronique, le plus souvent par néoplasme. Et les cas de cancer du côlon et du rectum ainsi traités se multiplient tous les jours. C'est actuellement la méthode de choix, donnant presque la sécurité absolue (autant qu'on peut l'avoir en matière de chirurgie abdominale). Il y a donc intérêt à étudier les méthodes permettant de guérir radicalement les porteurs de ces fistules intestinales, qui constituent toujours une dégoûtante infirmité.

Nous devons indiquer en passant les anus contre nature et les fistules stercorales *congénitaux*. Ils sont de deux ordres : les malformations de l'anus et du rectum, et les fistules ombilicales par *diverticule de Meckel*. Ces dernières seules nous intéressent. Nous n'avons pas voulu mêler leur étude à celle que nous entreprenons. Nous renvoyons à l'ouvrage si parfait des professeurs Forgue et Riche (*Le Diverticule de Meckel*, Paris, Doin, 1907). Mais la technique opératoire du *diverticule ouvert* étant celle d'une entérectomie un peu spéciale, nous nous permettons d'ajouter aux 25 observations qu'ils apportent, une plus récente, que voici :

Obs. 1. — *Fistule stercorale ombilicale par persistance du diverticule de Meckel. Omphalectomie, extirpation du diverticule. Guérison.*

Ardouin. Archives provinciales de Chirurgie, 1908, n° 1, p. 1.

Garçon 21 jours. A terme. Nourri au sein. Fistule stercorale ombilicale au sommet d'une petite tumeur allongée presque cylindrique, ayant l'aspect de la muqueuse intestinale irritée. 14 jours après, intervention. Omphalectomie. Résection du diverticule. Fermeture par surjet à la soie fine. Enfouissement par surjet séroséreux. Suture de la paroi. Guérison.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous passerons rapidement sur ce chapitre, nous contentant de donner les principales notions nécessaires à la compréhension nette des méthodes thérapeutiques.

Tout abouchement stercoro-cutané, suivant l'expression de Delore et Patel, comprend à considérer :

1° *Un ou plusieurs orifices cutanés et la peau environnante ;*

2° *Un trajet ;*

3° *Un orifice intestinal ;*

4° *Deux segments intestinaux, et le mésentère.*

I. Peau. Orifices cutanés. — L'*orifice cutané* peut occuper une région quelconque de la paroi abdominale. On en a même vu dans la région lombaire. Cependant, il est surtout fréquent dans la région inguino-iliaque droite et l'étiologie nous éclaire sur ce fait : les étranglements herniaires et l'appendicite sont les deux grandes causes des anus contre nature ou des fistules stercorales, et dans l'occlusion, l'entérostomie se faisant sur le cœcum si possible, ou sur la 1re anse grêle qui se présente, l'anus siège ainsi à droite. Quelquefois, il y a deux orifices. Quand on établit un anus selon la technique de Maydl-Reclus ou qu'on résèque en deux temps une tumeur de l'intestin (après extériorisation, technique de Hochenegg, de Mic-

kulicz), il y a abouchement à la peau de deux orifices intestinaux. Enfin, après une inflammation péri-intestinale, après une appendicite, ou un phlegmon péri-herniaire par exemple, il peut se présenter plusieurs orifices fistuleux donnant passage à des gaz, des matières plus ou moins mélangées à du pus. Dans des cas très rares enfin, il peut y avoir plusieurs anses fistulisées et, par conséquent, multiplication des orifices.

La peau présente le plus souvent des lésions marquées d'inflammation chronique ; elle est rouge, eczémateuse, épaissie ; elle présente souvent de profonds sillons rendant difficile son nettoyage et impossible son asepsie. Ces lésions se présentent surtout autour de fistules siégeant sur l'iléon ou le cæcum, car il se produit forcément une sorte de macération ultra-septique avec les matières liquides. Quand l'anus siège sur l'S sigmoïde (dans le traitement des sténoses ou cancers du rectum, par exemple), les matières sont déshydratées par le passage dans le côlon et la peau a moins de chance d'être irritée par le contact des résidus digestifs qui sont à ce niveau le plus souvent solides.

II. Trajet. — C'est le conduit qui réunit l'orifice cutané à l'orifice intestinal. Il est extrêmement variable. En effet, il peut d'abord manquer totalement ; on a alors la *fistule labiée* de Roser, dans laquelle la muqueuse intestinale se continue directement avec la peau. Il peut être très long : c'est la *fistule tubulaire*, avec, du côté intestinal, l'*infundibulum* décrit par Scarpa et Dupuytren, qui se continue souvent sans ligne de séparation avec l'intestin. Sous l'influence de la traction du mésentère (Dupuytren) et des mouvements propres de l'intestin (Kœnig), cet infundibulum peut s'allonger, ses parois s'accoler et la guérison spontanée survenir.

Il peut y avoir, au lieu d'un trajet canaliculé, une véritable poche purulente, à parois irrégulières : c'est la *fistule pyo-stercorale* type.

Enfin, plusieurs trajets peuvent mener d'un seul orifice intestinal à plusieurs orifices cutanés, ou réciproquement, de plusieurs orifices intestinaux à un seul orifice cutané. Ce sont aussi, dans ce cas, le plus souvent, des fistules pyo-stercorales.

III. Orifice intestinal. — Il peut avoir toutes les dimensions, depuis la simple solution de continuité de quelques millimètres carrés, jusqu'à la section complète de l'intestin. Il peut être simple ou unique. Ses dimensions ne sont importantes que par rapport à son siège sur l'iléon ou sur le côlon.

IV. Segments intestinaux, mésentère. — Ce qui est plus intéressant à connaître, c'est la disposition de l'anse fistuleuse et de son méso.

Dans le cas le plus simple, les bouts afférent et efférent se continuent directement. L'anse est accolée en un point à la paroi, et ce point est le siège d'une fistule de petites dimensions.

Dans le cas le plus compliqué, les deux bouts afférent et efférent sont parallèles, accolés l'un à l'autre, et séparés seulement par le méso, qui forme le *promontoire* de Scarpa, l'*éperon* de Dupuytren.

Quelquefois l'éperon prend un développement tel que le bout inférieur disparaît complètement. Le segment intestinal s'atrophie et se réduit parfois à un simple cordon imperméable. Le plus généralement, il ne se produit qu'une diminution marquée de calibre. Il se fait des modifications histologiques marquées des parois, comme l'ont

montré Delbet et Perri. La muqueuse, la sous-muqueuse, la musculeuse demeurent intactes dans les deux bouts (il y a peut-être un peu d'atrophie dans le bout efférent). Quelquefois, comme Herczel l'a noté, il peut y avoir hypertrophie de la musculeuse dans le bout supérieur. Mais les lésions sont surtout marquées dans la couche sous-péritonéale, où l'on constate une infiltration et une vascularisation abondantes. La séreuse est elle-même épaissie. Comme le bout supérieur est constamment dilaté par le passage des matières, il conserve son calibre normal. Mais, dans le bout inférieur, qui demeure vide, la sous-séreuse se rétracte et force les tuniques plus internes à se plisser. Il est facile de comprendre qu'au bout d'un temps plus ou moins long, l'infiltration continuant sa marche progressive, il s'ensuivra l'atrophie des glandes et des fibres musculaires.

Nous ne ferons que signaler les *complications* de l'anus contre nature. Géraud, dans son excellente thèse (Paris, 1902), en a donné une description à laquelle il n'y a rien à reprendre. Aussi n'en ferons nous (et simplement pour être complet) qu'un résumé très succinct.

Il divise les complications en trois groupes :

1° *Accidents d'ordre psychique*, dont la cause est l'écoulement des matières, leur odeur, rendant parfois la vie insupportable aux malades (voir obs. 7), et qui les pousse à rechercher une intervention ;

2° *Accidents d'ordre infectieux* : érythèmes et ulcérations, érysipèle (qui devient rare), phlegmon stercoral (le plus souvent c'est un accident du début), abcès, décollements, péritonite. Les suppuration à *bacilles pyocyaniques* se voient souvent.

3° *Accidents d'ordre mécanique* : Hypertrophie de l'éperon, rétrécissement et atrophie des bouts intestinaux.

inanition, prolapsus de la muqueuse, rétraction de l'épiploon et du mésentère, éventration, prolapsus de l'intestin.

Nous avons noté toutes ces complications dans nos observations. Nous n'avons pas voulu en faire une étude complète qui aurait été en dehors de notre sujet. Nous devions cependant les indiquer, car quelques-unes constituent des indications à l'opération hâtive.

III

GUERISON SPONTANEE. TRAITEMENT MEDICAL.

Nous ne nous attarderons pas à décrire tout ce que l'on a proposé pour guérir, sans opération, les anus contre nature et les fistules stercorales. Mais il faut savoir que souvent la guerison spontanee peut se produire. En voici quelques exemples :

Obs. 2. — *Fistule stercorale après une appendicite. Guérison spontanée.*
Guinard, in thèse *Rosselut*, Paris, 1907, p. 44.

Homme 17 ans. En janvier 1901, crise d'appendicite aiguë. Au debut de mars, deuxième crise. Le 21 mars, troisième crise. Operation le 29 mars. Incision de Jalaguier. Appendice en position pelvienne. On le déchire accidentellement. On lie sa base, mais on ne peut l'extirper. Au cours de ces manœuvres, on eraille une anse grêle très adherente. Dans les jours qui suivent il se forme des fistules laissant echapper à flots l'urine et les matières fécales. Des matières diarrheiques passent par l'urèthre. Apparition d'un abcès parotidien, d'un abcès péri-urethral. En donnant un lavement par l'anus le liquide sort par l'urethre et la plaie abdominale. L'etat est très grave et l'on hesite plusieurs fois à intervenir pour faire une exclusion. *Tout guérit spontanément.* Le 1er novembre, état général parfait.

Obs. 3. — *Anus herniaire. Guerison spontanee.*
Gangolphe, in thèse *Reyad*, Lyon 1895, p. 29.

Femme 44 ans. Hernie inguinale droite etranglée, sphacelee. Anus contre nature. Soulagement marque de la malade. Deux mois et demi après, la fistule se fermait spontanement. On n'avait admis que de frequents lavements [illegible].

Obs. 4 [illegible]
Tixier, Revue de Chirurgie, 1908, XXXVII, p. 100.

Femme 55 ans. Cancer stenosant de l'ampoule rectale, très haut placé. Hysterectomie totale. Resection de 21 centimètres de gros intestin. Enterorraphie. Anus cæcal de sûreté. Il se ferma spontanément et rapidement.

Obs 5. — *Colostomie pour occlusion par brides épiploïques. Guérison*

Bérard et Patel. Revue de Chirurgie. 1902. XXII. p. 50.

[illegible] 49 ans. Péritonite d'occlusion intestinale aiguë siégeant sur le gros intestin. Etranglement du cæcum. Laparotomie. Libération d'adhérences de l'épiploon à la [illegible] gauche. Impossibilité [illegible] [illegible] [illegible]

du malade qui doit guider le chirurgien. Il faut tenir compte de son état physique de nutrition et de son état psychique, témoin cette triste observation.

Obs. 7. — *Cólostomie pour cancer de l'iliaque. Suicide du malade. Schloffer.* Beiträge für klinischer Chirurgie, XVIIIe vol.

Homme 49 ans. Le malade est vu une première fois avec des troubles latents d'obstruction. Il revient en état d'ileus. On pratique une colostomie gauche. Tous les troubles cessent. Mais le malade se suicide deux mois et demi après à cause de son incontinence des matières.

Il y a évidemment des anus contre nature qu'on peut rendre presque continents, surtout lorsqu'on les établit, comme le fait notre maître, le professeur Forgue, à l'aide d'une ouverture minime à l'intestin, en employant le tube de Paul (voir thèse Lavabre, Montpellier, 1910), et en faisant une sorte de sphinctérisation en dissociant, au lieu de les sectionner, les fibres des muscles de la paroi abdominale. Mais on n'est toutefois pas toujours maître de l'évolution de cet anus, et quelquefois il s'établit dans des conditions où il est impossible de le régler (sphacèle herniaire, abcès péri-intestinaux). Dupuytren n'intervenait pas avant trois mois. Gœtz conseille d'attendre deux mois et demi. Dans nos observations, si peu nombreuses, la durée de la cicatrisation a duré de quinze jours à plusieurs mois. Il est difficile de fixer une mesure. Nous dirons seulement que si la fistule présente les caractères nécessaires à sa guérison spontanée, nous attendrons, si l'état du sujet le permet, pendant deux mois. Au bout de ce temps, si l'abouchement stercoro-cutané ne s'est pas considérablement rétréci, si l'écoulement n'a pas à peu près disparu, il faudra intervenir. Dans tous les autres cas, l'intervention rapide (après traitement de la cause ayant provoqué spontanément ou non cet anus) sera le meilleur traitement.

Que sera alors le traitement médical ? Les désinfectants intestinaux ont une action bien théorique. L'opium, paralysant l'intestin, peut favoriser la captation des lèvres des fistules ; il faudra lutter contre la constipation et les résorptions toxiques par des purgatifs. Mais on ne devra pas ajouter grande foi à ce traitement. Le meilleur du traitement aura pour but, non pas de lutter contre la fistule, mais de relever l'état général du malade pour lui permettre de subir une intervention radicale et curatrice. Tous les moyens seront bons pour arriver à ce résultat : injections sous-cutanées de sérum artificiel, lavements de sérum artificiel strychniné, lavements alimentaires peptonés (Bayer) ; arsenicaux, etc. Dans un cas où l'anus siégeait très haut sur l'iléon (Estor, obs. 74), nous avons pratiqué des injections dans le bout inférieur de lait ayant subi, *in vitro*, la digestion gastrique, et préparé par M. le professeur Gaucher.

Nous n'irons pas plus loin dans la description de ces moyens. Le but est simple : soutenir le malade, le nourrir, pour pouvoir l'opérer ; la thérapeutique devra se modeler sur l'état du sujet.

DEUXIÈME PARTIE

OPÉRATIONS EXTRA-PÉRITONÉALES

CHAPITRE PREMIER

OPERATIONS SUR L'EPERON

Nous ne referons pas ici l'historique de ces interventions. Cette question a été parfaitement faite par Gœtz dans sa thèse de Genève, 1890) et depuis cette époque, tous les efforts se sont portés vers les opérations intra-péritonéales, plus en rapport avec les idées modernes, et favorisées par les méthodes aseptiques. Il est pourtant utile de les rappeler brièvement, ne fût-ce que pour être complet.

Refoulement de l'Eperon. — Desault (1791) se servit de mèches introduites dans l'intestin. Dupuytren (1809), et, quelques années après, Dieffenbach, employèrent une béquille dont l'extrémité, en forme de croissant mousse, se plaçait à cheval sur l'éperon et le refoulait. Colombe (1824) plaçait une canule courbe dans l'intestin, assurant ainsi le passage des matières et la diminution de l'éperon. Velpeau eut d'ailleurs un décès en employant cette méthode. Sédillot (1852) se servit d'une éponge préparée. Maurer (1881) usa d'un ballon de caoutchouc qui, introduit vide dans l'intestin, était ensuite dilaté. Il eut ainsi un beau succès, dont voici l'observation :

Obs. 8. — *Anus herniaire, Refoulement de l'éperon. Guérison.*
Maurer, Deutsche Med. Wochenschr., 1881, n° 26.

Femme 41 ans. Hernie inguinale étranglée et opérée. Anus contre nature. Eperon très marqué. Pour le diminuer on introduit un ballon de caoutchouc en forme de boudin dans l'anus contre nature, on le place à cheval sur l'éperon et on l'insuffle. Au bout de 8 jours l'éperon a disparu. Suture de l'orifice. Echec. Cautérisation. Guérison.

Récemment, Von Frisch (Wiener Klinische Wochenschrift. 1909. XXII. 785 789) a proposé un appareil dont le principe paraît assez analogue à celui de l'appareil de Colombe. C'est aussi une canule courbe (segment de tore de grand rayon), mais divisé en deux parties ajustables l'une à l'autre.

Tous ces instruments ou méthodes sont d'un autre âge. Il n'est intéressant de les signaler qu'au point de vue de l'histoire et de l'évolution chirurgicales. Ils ne sont d'ailleurs pas toujours exempts de danger, témoin l'exemple de Velpeau. Nous n'y insisterons pas plus longtemps.

II. Section de l'Eperon sans entérotome. — Schmalkaden (1798), Physick (1809), Dupuytren (1813) en eurent l'idée, et appliquèrent leurs procédés (section au bistouri sur un stylet, striction avec un fil, section avec des mèches progressivement volumineuses) ; Reybard (1833) se servit de ciseaux ; Faucher (1857) d'un fil élastique ; Chassaignac (1857) de son écraseur ; Duncan (1869) d'un fil d'argent. Le procédé le plus intéressant à retenir est celui de Richelot (1889), qui excise un V dans l'éperon et suture les lèvres de la plaie ainsi formée. Nous rapportons plus loin une observation où cette méthode fut employée (obs. 33).

Tous ces procédés ont le désavantage d'être aveugles, et le gros inconvénient d'exposer à la péritonite septique (cas de Dupuytren). Quant au procédé de Richelot, c'est

une véritable entérorraphie latérale, mais compliquée par ce fait qu'on opère un milieu ultra-septique, d'une très grande profondeur, et qui expose aux dangers d'une infection péritonéale et d'une hémorragie difficile à arrêter.

III. Entérotomie (*Kentrotomie,* Le Dentu). — C'est en 1816 que Dupuytren appliqua pour la première fois sur l'homme l'instrument qu'il venait de créer, l'entérotome. Composé essentiellement de deux branches qu'on peut articuler, et qui compriment entre elles l'intestin, il a pour but de sectionner l'éperon en donnant le temps à des adhérences de se former autour de la région ainsi traumatisée, et de mettre le malade à l'abri de complications péritonéales. Cet appareil fit merveille, et en 1824 Dupuytren apportait à l'Académie des Sciences les résultats de 41 opérations. Il subit d'ailleurs de nombreuses modifications. Reybard rendit parallèles les mors de l'entérotome. Delpech, Bourgery, Lotz, Nélaton, Panas, Gussenbauer, Richet, apportèrent chacun un léger changement à l'instrument. Reybard en fit construire un autre, sectionnant par incision, à l'aide d'une lame cachée dans un des mors. Liotard (1819) décrivit dans sa thèse son entérotome emporte-pièce, et peut être considéré comme le créateur de l'entéro-anastomose. Blandin (1838), Legendre (1863) créèrent des appareils très analogues.

Vidal de Cassis pensa à utiliser la pâte de Vienne pour détruire l'éperon, comprimé dans un entérotome spécialement construit. Laugier se servit du chlorure de zinc, avec un entérotome modifié dans ce but. Bertsch, dans sa thèse, décrivit l'entérotome de Bruns, sectionnant par action électrolytique. Malgré toutes ces modifications, l'idée de l'instrument de Dupuytren resta. On opéra surtout

avec des entérotomes sectionnant par compression. Chaput fit construire une *pince-entérotome* qui agit de la même façon. C'est d'ailleurs le plus souvent à l'entérotome de Dupuytren que l'on a recours.

L'application est simple. On introduit successivement chacune des branches dans un des bouts de l'intestin, on les articule entre elles et on détermine la compression de l'éperon à l'aide de la vis à écrou moleté qui réunit les manches des deux parties. L'entérotome tombe en général du septième au dixième jour.

Dupuytren, en 1839, obtenait comme résultats : succès 70,73 0/0 ; insuccès, 21,95 0/0 ; mort, 7,32 0/0.

Hermann (1883) trouve : succès 60,22 0/0 ; insuccès, 31,3 0/0 ; mort, 4,8 0/0.

Gœtz (1890) donne : succès, 44,25 0/0 ; insuccès, 52,21 0/0 ; mort, 3,54 0/0.

Dans cette dernière statistique, Gœtz a fait entrer les cas donnés par Dupuytren. Réunissant tous ceux qui étaient postérieurs à ce chirurgien, il obtient : succès, 77,27 0/0 ; insuccès, 21,21 0/0 ; mort, 1,51 0/0.

Nous avons retrouvé dans douze observations l'indication de l'entérotomie. Nous ne relevons *aucun succès*. Chaque fois la fistule s'est reproduite, souvent après plusieurs applications d'entérotome. Huit fois une opération locale a été suivie de succès. Une fois il a fallu faire plusieurs opérations (entérectomie, puis exclusion, puis nouvelle entérectomie, obs. n° 187). Deux fois l'entérorraphie latérale a été pratiquée. Une fois enfin on fit l'entérectomie, mais le malade succomba (obs. n° 87). Ces résultats ne sont guère brillants pour l'entérotome. Nous ne voulons pas en tirer de conclusions, n'ayant qu'un trop petit nombre de cas. Un fait nous a frappé, c'est que ces observations remontent toutes à une dizaine d'années. Il est

clair que, de nos jours, on ne fait plus l'entérotomie. Les autres opérations ne donnent guère une mortalité plus forte, et elles ont l'avantage d'être à la fois rapides et radicales. Le Dentu, dans sa communication au Congrès de Chirurgie de 1895, est favorable à l'entérotomie, suivie d'opération complémentaire sur la fistule. Ce qui constituait un de ses arguments les plus sérieux, était la haute mortalité de l'entérectomie (26,49 0/0). Mais ce taux a de beaucoup diminué et diminuera fort probablement encore ; les opérations anastomotiques (exclusions) sont encore plus bénignes. De sorte que l'entérotomie perd chaque jour du terrain, et que, tout en rendant hommage au grand chirurgien qui put ainsi, en pleine période septique (ou pré-aseptique) débarrasser nombre de malades d'une répugnante infirmité, on finira par ne plus l'employer.

CHAPITRE II

OPERATIONS SUR L'ORIFICE

Elles comprennent les petites interventions : *compressions, cautérisations,* et les opérations véritables, ayant pour but l'*occlusion de l'orifice* par autoplastie ou suture.

I. Compression. Cautérisation. — Ce sont presque là des moyens *médicaux*. La Peyronie pratiquait la compression. Desault lui doit un succès. Nous ne ferons que signaler cette méthode (si c'en est encore vraiment une), car il est trop naturel de mettre un tampon sur un orifice fistuleux à seule fin d'en retenir les sécrétions, pour ériger cet acte en méthode.

La cautérisation est un moyen plus actif. Qu'on agisse par les caustiques physiques (thermo, galvano-cautère), ou chimiques (surtout nitrate d'argent), on peut obtenir la fermeture de petites fistules ne donnant passage qu'à peu de matières, et d'une façon intermittente. En somme, on ne fait là qu'aider la guérison spontanée. Vaucher (thèse Paris, 1889, numéro 225) cite sept bons résultats dus au procédé de Verneuil (thermocautère). Plus récemment, Le Dentu lui doit un succès :

Obs. 9. — *Fistules stercorales. Impossibilité d'une opération radicale. Cautérisation. Guérison.*

Le Dentu. Congrès français de Chirurgie, 1895, *p.* 227.

Homme 65 ans, fistules multiples de la moitié gauche de la région hypogastrique et du pli inguinal. Les matières fécales passent en assez grande quantité.

Signes de rétrécissement intestinal depuis 25 ans. Opéré il y à 3 ans d'abcès péri-intestinal. On intervient pour tarir ces fistules. Laparotomie. Rétraction très marquée de l'S iliaque et du rectum. On ne peut songer ni à l'entérorraphie, ni à la résection. On referme la paroi. Plusieurs mois après : Guérison des décollements qui suppuraient, électrisation du rectum. Le cours normal des matières se rétablit. Quelques cautérisations des fistules au galvanocautère amènent leur guérison presque totale.

Dans ce cas on aurait probablement obtenu un excellent résultat avec l'exclusion.

Quoi qu'il en soit, la cautérisation peut aider et amener la cicatrisation. Il faut donc y penser pour des fistules étroites, donnant peu.

II. Occlusion de l'orifice

A) *Autoplasties.* — Ces procédés consistent à obturer la fistule à l'aide d'un ou plusieurs lambeaux. Dans nos observations, nous avons relevé l'autoplastie à la Dieffenbach. Dans cette méthode on a obturé la fistule par un lambeau en forme de pont. On obtient ainsi une fistule simple, qui suppure et guérit. Malheureusement, le succès ne répond pas toujours aux espérances, et dans les cinq observations où nous avons retrouvé l'indication de ce traitement, l'échec a été complet. Toutes ces méthodes autoplastiques ont d'ailleurs été abandonnées et les chirurgiens ont porté leurs efforts vers les procédés d'occlusion par sutures.

B) *Occlusions par sutures.* — Nous ne décrirons pas les procédés de Velpeau, Denonvilliers, Reybard, Malgaigne, Panas ; on en trouvera la longue et minutieuse description dans la thèse de Gœtz et l'ouvrage de Jeannel. Nous n'étudierons ici que les procédés récents, qui ont été expérimentés avec le secours de l'asepsie. Ils sont d'ailleurs fort nombreux et présentent de nombreux points communs.

Procédé de Makins. — Dans un cas, MAKINS utilisa le procédé suivant : Il sépara la peau de la muqueuse, et sutura en deux plans, un muqueux, un cutané. Voici l'observation de son malade :

Obs. 10. — *Anus herniaire. Fermeture par suture. Guérison.*
Makins. Lancet, 1896, II. p. 1754.

Homme 59 ans. Hernies crurales droite et gauche. Le 24 avril 1896, la hernie gauche devient le siège de phénomènes inflammatoires sans signes d'étranglement véritable. Le 1er mai, incision, pus fétide stercoral. Amélioration rapide. Mais le 5 mai, l'état redevient grave. Signes d'étranglements. On agrandit la première incision, on tombe dans un abcès où se trouve une anse sphacélée. Anus contre nature. Les phénomènes généraux cessent. Dans la suite les matières passèrent de plus en plus abondantes par leur voie normale. On ferme la fistule. On sépare la peau de la muqueuse, en libérant l'intestin sans entrer dans le péritoine. On fait deux plans de sutures : un sur la muqueuse, un sur la peau. Guérison.

La seule remarque que nous ferons sur ce procédé, c'est qu'il ressemble étrangement au procédé de MALGAIGNE (1861).

Procédé de Richelot. — Dans un cas, RICHELOT fut assez heureux pour pouvoir faire l'anastomose au bouton de Murphy, sans entrer dans le péritoine.

Obs. 11. — *Anus herniaire. Fermeture de la fistule. Guérison.*
Richelot, in thèse *Touche*. Paris 1896, n° 217.

Homme, 21 ans. Hernie inguinale droite étranglée. A. c. n. iliaque. 1 mois après, cure radicale de l'A. c. n. On détache les bords de l'intestin, en opérant dans les adhérences, sans vouloir aller dans le péritoine. Réunion *extra-péritonéale* au bouton de Murphy. Suture de la peau. Drainage. Guérison.

C'est là un véritable procédé d'exception, applicable à des cas extrêmement rares. Nous ne l'avons trouvé signalé qu'une fois. Il est probable qu'il est aussi passible de beaucoup d'échecs.

Procédé de Hache. — Ce chirurgien, après libération d'une portion d'intestin, se contenta d'adosser par des

points à la Lembert (non perforants) les surfaces ainsi avivées.

Obs. 12. — *Anus herniaire. Cure radicale. Guérison.*
Hache, La Clinique, 1907, p. 308.
Femme 25 ans. Anus contre nature inguinal par hernie étranglée et sphacélée (remontant à 4 mois). *Dissection limitée* de l'intestin autour de l'orifice anormal : 2 plans de suture séro-séreux à la Lembert, longitudinaux. Guérison. La malade présente une éventration l'année suivante.

Procédé de Quénu. — Il a été décrit dans la thèse de Nicolas (Paris, 1900, numéro 191). Il s'adresse à des anus contre nature spéciaux. Ce sont ceux qu'on établit (suivant une technique particulière de Quénu) comme premier temps du traitement d'un cancer du rectum. Ce sont donc des anus chirurgicaux, siégeant sur l'anse sigmoïde. Voici quelle est la technique suivie : On circonscrit par deux incisions courbes, distantes de la muqueuse de sept à huit millimètres, l'orifice de l'anus. On dissèque l'intestin sur une hauteur d'un centimètre environ. Puis on rebrousse en dedans muqueuse et collerette cutanée, et on fixe le tout par un surjet. Puis on continue la dissection de l'anse, en sectionnant les adhérences unissant l'intestin à la paroi. A aucun moment on n'ouvre la cavité péritonéale. Quelques légères tractions suffisent pour effacer l'éperon. On fait alors une entérorraphie, en plaçant un ou deux surjets (si l'on a assez d'étoffe) au-dessus du surjet de sûreté déjà placé. On draine et on suture plan par plan la paroi abdominale.

Obs. 13. — *Anus iliaque préliminaire pour cancer du rectum. Fermeture. Quénu, in thèse Nicolas.*
Homme 56 ans. Signes de carcinome rectal depuis 2 ans. Anus iliaque. Grands lavages du rectum. Extirpation périnéale. Fermeture de l'A. c. n. 4 mois après.

Obs. 14. — *Fermeture d'un anus iliaque préliminaire pour cancer du rectum. Quénu, loc. cit.*
Homme 45 ans. Signes de cancer rectal depuis 9 mois. Anus iliaque. Extirpation périnéale. Fermeture de l'A. c. n. 6 mois après.

Obs 15. — *Fermeture d'un anus iliaque préliminaire pour cancer du rectum. Quénu, loc. cit.*

Homme 57 ans. Signes de cancer rectal depuis 8 mois. Anus iliaque. Extirpation périnéale. Cicatrisation lente. Fermeture de l'A. c. n. 7 mois après.

Obs. 16. — *Fermeture d'un anus iliaque préliminaire pour cancer du rectum. Quénu, loc. cit.*

Homme 54 ans. Signes de sténose rectale depuis 4 mois. Anus iliaque. Extirpation périnéale. Suites fébriles, mais guérison. Fermeture de l'A. c. n. 5 mois après.

Obs. 17. — *Fermeture d'un anus iliaque pour cancer du rectum. Quénu, loc. cit.*

Femme 63 ans. Début des accidents il y a 4 mois. Anus iliaque. Extirpation périnéale du rectum, d'une portion du vagin. Suites opératoires normales. Fermeture de l'anus 6 mois après.

Obs. 18. — *Fermeture d'un anus iliaque préliminaire pour rectum cancéreux. Quénu, loc. cit.*

Homme 52 ans. Hémorroïdes depuis 15 ans. Signes de cancer rectal depuis 3 mois. Anus préliminaire. Extirpation périnéale. Fermeture de l'anus 4 mois après.

Obs. 19. — *Fermeture d'un anus iliaque préliminaire pour rectum cancéreux.*

Quénu, loc. cit.

Homme 66 ans. Début des troubles il y a 3 mois. Anus préliminaire. Extirpation périnéale. Fermeture de l'anus 6 mois après. 3 jours après la suture lâche. Les matières passent de nouveau par l'A. c. n. Dans les jours qui suivent l'écoulement diminue. Il ne persiste bientôt plus qu'une petite fistule qui guérit spontanément en 4 mois.

Ce procédé, quoique ayant abouti à un échec sur les sept cas précédents, est excellent, dans les conditions où il a été employé par Quénu. Cependant, la dissection de l'intestin, *volontairement extra-péritonéale,* est rendue minutieuse par ce fait qu'on ne doit pas entrer dans le péritoine. Et un des arguments qu'on ne peut soulever contre lui est que Quénu lui-même l'a abandonné pour faire l'entérorraphie latérale, en libérant d'emblée l'intestin de toutes ses adhérences, comme il l'a fait exposer à Francoz dans sa thèse. Cette dernière opération a, en effet, dans les conditions que nous considérons, le

maximum de ses indications, ainsi que nous le verrons plus loin. Elle est aussi bénigne, et réussit à coup sûr, car on peut faire des sutures parfaites.

Procédés de Chaput. — 1° *Ligature en masse.* — Au Congrès de Chirurgie de 1889, Chaput communiqua un procédé, rappelant celui de Reybard, et dans lequel, après avoir disséqué le trajet anal, il le lie en masse, excise la portion exubérante, réduit le moignon, et suture la paroi. Nous le trouvons appliqué une fois.

Obs. 20. — *Anus herniaire. Echec de l'entérotomie. Ligature en masse. Guérison.*

Chaput, Archives générales de Médecine, 1890, p. 161.

Femme 68 ans. Hernie crurale gangrénée. A. c. n. Première application d'entérotome, puis procédé de Malgaigne. Echec. Deuxième application d'entérotome, puis après dissection du cylindre bi-intestinal, ligature en masse, sans abrasion de la muqueuse. Guérison.

2° *Procédé par abrasion.* — On isole, par une incision circulaire, l'intestin sur une hauteur d'environ deux centimètres. A l'aide de pinces et de ciseaux à strabisme, on sépare la muqueuse de la musculeuse sur une hauteur de un cent., on l'invagine et on la suture à elle-même par des points non perforants. On suture alors face interne contre face interne les musculeuses avivées, par des points séparés.

Ce procédé eut du succès et mérite d'être retenu. Nous avons recueilli quelques observations où il fut mis en pratique :

Obs. 21. — *Anus artificiel pour occlusion. Guérison par le procédé de Chaput,*

Polaillon in *Chaput, Archives générales de Médecine*, 1890.

Femme 55 ans. Anus artificiel gauche sur l'iléon. Rétablissement tardif du cours des matières. Guérison de l'A. c. n. par le procédé par abrasion.

Obs. 22. - *Anus iliaque pour occlusion par compression (fibrome utérin). Guérison par le procédé de Chaput.*

Gross. In thèse *Aerts. Nancy*, 1908, nº 18.

Femme 43 ans. Bonne santé habituelle. Fibrome utérin dont le début paraît remonter à une dizaine d'années. Accidents d'obstruction dus à la compression du rectum par un volumineux lobe de la tumeur emplissant le Douglas.

Au bout de 4 jours on établit un anus iliaque d'urgence. Amélioration. 10 mois plus tard, grosse fistule stercorale. Le fibrome semble avoir diminué de volume. Selles normales, régulières. La malade demande la fermeture de sa fistule qui a les dimensions d'une pièce de 2 francs et présente un gros bourrelet muqueux éversé. *Opération.* On circonscrit l'orifice fistuleux par une incision comprenant les téguments, la paroi abdominale. On décolle les adhérences de l'intestin à la paroi, sans ouvrir le péritoine; excision du bourrelet muqueux, suture des bords de la muqueuse et, par dessus, suture des bords du côlon iliaque décollés. Suture de la peau. Au 7º jour, petite fistulette qui guérit spontanément.

Obs. 23. — *Anus herniaire. Procédé de Chaput. Guérison.*

Mordret. Bull. de la Société de Chirurgie de Paris, 1896. *Rapporteur Chaput.*

Femme 50 ans, portant un A. c. n. depuis 10 ans, suite d'une hernie crurale droite étranglée et gangrenée. On a fait une application d'entéroto ne, puis l'avivement et la suture de l'orifice. Echec. Seconde tentative. Echec. Il y a quelquefois des selles et du gaz par l'anus normal. On ne sent pas d'éperon. On prépare la malade par le régime lacté et 1 gramme par jour de naphtol. *Intervention.* Anesthésie locale à la cocaïne. Incision circulaire autour de l'orifice. Décollement de la peau. Libération de l'intestin. Avivement des bords de l'intestin. Décollement de la muqueuse qu'on invagine et fixe dans cette position avec de la soie fine. Suture des musculeuses avivées. Drainage. Guérison. Dans la suite, la malade élimina 1 fil de suture ; il en résulte une petite fistulette qui guérit par des cautérisations au nitrate d'argent.

Obs. 24 — *Anus artificiel pour occlusion. Procédé de Chaput. Mort.*

Chaput, Archives générales de Médecine, 1870, p. 283.

Fillette 9 ans et demi. Réparation d'une fistule stercorale établie chirurgicalement pour une occlusion intestinale. Intestin très friable, se déchirant lors du passage des fils. Echec de la suture. Mort 7 jours après. A l'autopsie on constate de la péritonite tuberculeuse miliaire.

Dans le courant de notre travail, nous avons rencontré treize fois ce procédé. Six fois employé seul, il a donné trois succès, une mort et deux échecs (obs. 124 et 65) ; quatre fois employé après entérotomie (ce qui constitue, comme nous le verrons plus loin, le procédé décrit par Chaput dans les *Archives Générales de Médecine* en 1890), il a donné trois succès et un échec. Enfin, après en-

téro-anastomose ou exclusion, il a donné trois succès. Ces chiffres sont faibles, mais leur gradation montre toutefois qu'employé seul, il est sujet à des échecs, et peut même devenir fatal ; après entérotomie, les échecs ne sont pas abolis, et que sa véritable indication paraît être l'anus contre nature ou la fistule stercorale, après entéro-anastomose ou exclusion.

Procédés de Jeannel, Biondi Savariaud. — Nous réunissons ces procédés, car quoique conçus séparément par chacun de ces auteurs, ils ont de tels points de ressemblance qu'on ne peut les séparer. Ils s'inspirent d'ailleurs du procédé que décrivit Nélaton en 1849. Jeannel expose le sien dans son remarquable ouvrage sur la *Chirurgie de l'intestin* (1898, p. 255). Le procédé de Biondi est donné par Solieri, dans un article de la *Clinica Chirurgica* (1908, tome XVI, numéro 2, p. 265). Enfin, Savariaud rapporte le sien dans une communication à la Société de Chirurgie de Paris (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1909, t. XXXV, numéros 22 et 27).

La technique de ce procédé est simple. On circonscrit l'orifice de l'anus par une incision passant à quelques millimètres de la muqueuse. On dissèque l'anse intestinale et on la sépare de la peau et de la paroi, sans pénétrer dans le péritoine. On place une première rangée de suture invaginant en collerettes cutanées, et adossant ces lambeaux à l'aide de points non perforants. On place au-dessus une deuxième rangée de suture (musculo-musculeuse). Puis on referme la paroi.

Voici deux cas dans lesquels Savariaud utilisa *son* procédé :

Obs. 25. — *Anus contre nature consécutif à une résection de tumeur de l'S iliaque. Fermeture par le procédé de Savariaud. Guérison.*
Savariaud, loc. cit.

Femme 33 ans. Occlusion intestinale. Quatrième crise. Laparotomie : tumeur de l'S iliaque qu'on extériorise. Le lendemain on ouvre l'intestin et 6 jours après on réséque la tumeur. Au bout de 3 semaines on applique l'entérotome de Dupuytren. Echec. On intervient alors : Libération de l'intestin de la peau et de l'aponévrose par une incision circulaire : suture muqueuse. Suture musculo-musculeuse. Comme le péritoine a été ouvert, on extériorise l'intestin. Suture séro-séreuse. Fixation de l'intestin à la paroi. Drainage. Guérison.

Obs. 26. — *Anus herniaire. Echec de l'entéro-anastomose et de l'exclusion unilatérale. Fermeture par le procédé de Savariaud. Guérison.*
Savariaud, loc. cit.

Garçon 13 ans. Etranglement, avec sphacèle d'une hernie inguinale récidivée. L'A. c. n. dure depuis 8 mois. Une entéro-anastomose latéro-latérale, puis une termino-terminale avec exclusion n'aboutissent à aucun résultat. Intervention par le procédé type de l'auteur. Guérison.

Nous retrouvons la méthode de Biondi-Savariaud employée dans deux de nos observations (obs. numéros 95 et 74). Faisons remarquer que notre première observation ci-dessous serait mieux à sa place au chapitre « Entérorrhaphie latérale ». Nous l'avons placée ici pour montrer qu'il est souvent difficile de se tenir dans la zone des adhérences. Les résultats sont donc, pour trois observations, un succès et deux échecs. Encore le succès est-il obtenu sur un intestin ayant subi une importante opération de dérivation.

En somme, on peut dire que parmi les procédés d'occlusion de la fistule par des sutures, en mettant à part les procédés d'exception, les meilleurs paraissent être les procédés de Chaput et de Biondi-Jeannel-Savariaud. Ces derniers ont toute leur valeur quand ils s'adressent à un intestin sur lequel on a pratiqué déjà des opérations de dérivation, ou même simplement l'entérotomie, comme nous le verrons dans le prochain chapitre.

CHAPITRE III

OPERATIONS SUR L'EPERON ET L'ORIFICE

On fait ici une entérotomie lente ou extemporanée, puis une opération autoplastique ou une suture sur l'orifice. Le procédé de Chaput, tel qu'il l'a énoncé dans les *Archives Générales de Médecine,* en 1890, en est le type. Après destruction de l'éperon au moyen de l'entérotome, ou mieux par sa pince à longs mors et à crémaillère, on suture l'orifice par abrasion, comme nous l'avons indiqué dans le chapitre précédent. On peut évidemment appliquer à la fistule n'importe quel traitement. Nous avons déjà vu que Chaput s'était servi de la ligature en masse (obs. numéro 20). Nous rapportons quelques observations du procédé type de Chaput :

Obs. 27. — *Anus herniaire. Entérotomie. Suture par abrasion. Guérison. Trélat,* in thèse *Philippe, Paris,* 1890, n° 112.

Homme 26 ans, alcoolique. Hernie ancienne inguinale droite étranglée. Opération 41 heures après le début des accidents, anse sphacélée, on en fixe les deux bouts à la peau. 9 mois après 1re application d'entérotomie. Echec partiel. Quelques jours après on place la longue pince à crémaillère de Chaput qui tombe au bout de 4 jours. 15 jours après fermeture de l'anus par la suture par abrasion. Suppuration. Légère fistulette intestinale qui guérit spontanément.

Obs. 28. — *Anus herniaire. Entérotomie. Suture par abrasion. Guérison. Marchand et Chaput,* même lieu.

Homme 21 ans. Hernie inguinale gauche étranglée. Gangrène intestinale. Suture des deux bouts à la peau. On fait deux applications successives d'entérotome. Les selles normales se rétablissent. Fermeture de l'anus par le procédé de l'abrasion. Guerison.

Obs. 29. — *Anus herniaire ombilical. Entérotomie. Suture par abrasion. Guérison.*

Polaillon, même lieu.

Femme 60 ans. Grosse hernie ombilicale habituellement irréductible, étranglée. Rupture de l'intestin au point étranglé. A. c n. (suture de la perforation à la peau). Il se forme un éperon. 2 applications successives d'entérotome. Peu à peu les selles se rétablissent par le rectum. Fermeture de l'anus par le procédé de l'abrasion. Guérison.

Obs. 30. — *Anus contre nature consécutif à l'ablation d'une tumeur du côlon. Entérotomie. Echec de la suture par abrasion. Suture en bourse. Guérison.*

Bazy, Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie, Paris, 1906, XXXII p. 1029.

Femme 57 ans. Tumeur sous-ombilicale. Occlusion. Le 24 décembre 1905, laparatomie, extériorisation de la tumeur. Accolement par quelques points des 2 bouts intestinaux en canons de fusil double sur une hauteur de 4 à 5 centimètres de côlon sain. Le 3 janvier 1906. Résection au ras de la peau de la masse extériorisée. On place l'entérotome de Dupuytren. L'éperon est détruit, la fistule se rétrécit. Tentative de fermeture Décollement de la muqueuse, suture en l'invaginant. Suture de la peau. Tout lâche dans les jours qui suivent, mais la fistule donne peu. Le 20 juillet une autre suture cutanée en bourse oblitère la fistule. Guérison parfaite.

A cette dernière observation, où ce n'est déjà plus le procédé type de Chaput qui fut employé, nous annexerons les trois suivantes (dont une où l'on pratiqua l'entérotomie extemporanée) :

Obs. 31. — *Anus artificiel consécutif à l'ablation d'une tumeur de l'S iliaque. Entérotomie. Suture de la fistule* (?) *Guérison.*

Duchamp, in thèse *Micaud*, Lyon, 1902.

Homme 60 ans. Cancer de l'S iliaque. Crises d'obstruction. Au cours de l'une d'elles, laparatomie médiane. luxation de la tumeur au dehors. 48 heures après, incision au thermo. 14 jours après, ligature élastique des deux bouts intestinaux. On a ainsi un anus contre nature fonctionnant bien. 1 mois après on essaie de fermer cet anus : on échoue à cause de la rétraction du bout inférieur. On dilate par le rectum. 2 ans après on pratique l'entérotomie de Maisonneuve (?) Echec. 2 ans après, nouvelle entérotomie de Maisonneuve (?), l'instrument tombe au bout de 8 jours, large cloaque ; on ferme la fistule intestinale. Guérison.

Obs. 32. — *Anus herniaire. Entérotomie. Suture. Guérison.*

Bœckel, Bull. et Mém. de la Société de chirurgie, 1860, XVI, 330.

Femme 78 ans. Hernie crurale gauche depuis 20 ans, étranglée depuis 3 jours. Vomissements porracés, etc... On débride, laisse l'intestin sous la compresse. et on l'ouvre 24 heures après. Au bout de quelques jours, application de l'entérotome, on résèque 2 centimètres d'intestin qui se prolabait. 2 jours après, nou-

velle application de l'entérotome. Les selles reparaissent par l'anus normal. L'état général s'améliore, mais l'A. c. n. n'a aucune tendance à la fermeture. Evagination de l'intestin à travers l'A. c. n. (long boudin muqueux de 15 à 18 m.). Intervention. On circonscrit l'anus par une incision elliptique. Libération de l'anus au milieu d'adhérences assez fortes. Suture des bords de l'anus à la Lembert. Décollement et résection de l'ancien sac herniaire. Suture de la peau sans drainage. Retour des fonctions normales le lendemain. Guérison.

Obs. 33. — *Anus herniaire. Section extemporanée de l'éperon. Suture par abrasion. Guérison.*

Richelot, in thèse *Philippe.*

Femme 47 ans. Hernie crurale gangrenée. Résection intestinale. A. c. n. Le 19 novembre, section extemporanée de l'éperon. Le 26, nouvelle section, mesurant 9 centimètres. Le 3 décembre, suture de l'orifice par abrasion. Un peu de matière s'écoule les jours qui suivent, mais la guérison se fait rapidement.

A part le cas de Bazy, toutes ces observations sont déjà assez anciennes. Elles sont postérieures à la thèse de Gœtz, mais en sont pourtant presque contemporaines. Il ressort de cela ce fait que l'on ne pratique plus ces opérations longues, compliquées, dont le résultat, toujours aléatoire, est repoussé à une époque plus ou moins lointaine. Cependant, à première vue, c'est une assez bonne méthode. Il est vrai qu'on ajoute aux risques de l'entérotomie les risques des opérations locales. Il faut avouer qu'ils sont peu considérables. Ce qui fait reculer les chirurgiens, c'est la possibilité et la fréquence des échecs. Aussi Le Dentu, dans sa communication déjà ancienne (1895) au Congrès de Chirurgie, repousse-t-il cette méthode. Il préfère la kentrotomie, jointe à l'entérorraphie latérale, mais cette dernière étant intra-péritonéale. Peut-être, chez des cachectiques, comme le dit Bazy, et en prenant les précautions qu'il indique pour établir l'anus, est-on en droit d'espérer un résultat. Mais nous pensons qu'actuellement ces méthodes ont vécu. Dans la suite de ce travail, nous nous efforcerons de démontrer que seules les opérations intra-péritonéales sont capables de con-

duire radicalement et sûrement le malade à la guérison ; et nous aurons, pour nous couvrir, la haute autorité de Terrier, déclarant : « Toutes les anciennes méthodes sans ouverture de la cavité péritonéale, doivent être absolument proscrites ; le plus souvent illusoires, elles ne sont pas sans dangers. »

TROISIÈME PARTIE

OPÉRATIONS INTRA-PÉRITONÉALES

Avant d'aborder l'étude de ces méthodes, il est nécessaire d'indiquer la préparation du malade. Quelle que soit la technique que l'on se propose de suivre, il faut soumettre pendant plusieurs jours le patient à un traitement approprié pour opérer dans les meilleures conditions possibles. Ce traitement se divise en deux parties : traitement local, traitement général.

I. Traitement local. — Il faut obtenir, autant que faire se peut, l'asepsie de la paroi abdominale. Les pansements dans les jours précédant l'opération devront être fréquemment renouvelés. Il faudra faire de nombreux lavages avec des solutions antiseptiques faibles, surtout si la fistule siège sur l'iléon (les matières étant alors liquides). L'eau boriquée amidonnée fait souvent tomber l'inflammation cutanée. La vaseline boriquée peut servir d'isolant. Il n'y a pas de méthode générale ; chaque cas réclame un traitement à part. Le jour de l'opération, suivant l'état de la peau, on fera un brossage et un lavage au savon, ou simplement, comme nous l'avons vu faire à nos maîtres, un abondant badigeonnage à la teinture d'iode. On obtient ainsi (voir thèse Galliard, Montpellier, 1909), une asepsie presque parfaite.

II. Le traitement général est lui-même double. En effet, il doit s'adresser d'abord à *l'état général ;* l'ayant exposé au traitement médical (voir page 20), nous n'y reviendrons pas ; puis, il doit viser l'état du tube digestif. On peut prescrire, mais d'une façon presque illusoire, les antiseptiques intestinaux, benzonaphtol, acide lactique ou autres Le mieux consiste à administrer une purgation saline deux ou trois jours avant l'opération, de maintenir le sujet au régime lacté, de donner un lavement pour vider le bout inférieur la veille de l'opération. On peut aussi, à la rigueur, faire, si c'est praticable, des lavages des bouts afférent et efférent. Cela ne paraît pas bien nécessaire. Il faudra aussi, bien entendu, que le sujet n'ait rien pris au moins pendant les sept ou huit dernières heures qui précèdent l'opération.

CHAPITRE I

ENTERORRAPHIE LATERALE

La suture latérale des plaies de l'intestin n'est pas une nouveauté chirurgicale. Elle remonte même à une très haute antiquité, puisque Jeannel nous dit qu'elle fut pratiquée par Galien, par Celse, Rhazès et Abdul-Kasem. Quelques chirurgiens italiens du moyen-âge firent aussi l'entérorraphie latérale : Salicetto, Mondini de Luzzi. Cette opération devint de plus en plus fréquente et sa technique se perfectionna. Garengeot (1748) fit un surjet ; Chopart, Desault, Cooper essayèrent d'invaginer les bords de l'ouverture ou firent une ligature en bourse. Mais la question ne fut nettement solutionnée que lorsque Jobert (1824) et Lembert (1826) indiquèrent les facultés d'adhérences du péritoine et la nécessité des adossements séro-séreux pour l'obtention d'un bon résultat. On chercha aussi à faciliter cet adossement et à soutenir la paroi intestinale par divers instruments que nous ne nous attarderons pas à décrire.

Tous ces chirurgiens ne traitaient que les plaies traumatiques de l'intestin. Ne pratiquant pas, ne connaissant pas l'asepsie, ils n'osaient, et pour cause, toucher à la grande séreuse péritonéale. De sorte que, lorsque Polano (de Leyde), en 1853, fit de propos délibéré l'ouverture du péritoine et l'entérorraphie latérale pour guérir un de ses malades porteur d'un anus contre nature, il était le premier à tenter une opération qui, pour son époque, doit être considérée comme très hardie. Son succès ne l'encouragea

d'ailleurs pas et il ne se décida à publier son observation que vingt-quatre ans plus tard (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1877, p. 545), alors que Czerny (Beitr. f. oper. Chirurgie, 1877), annonçait et publiait deux succès.

Peu à peu, les opérateurs s'enhardirent et les observations se multiplièrent. Mensel, Hofmokl, Stelzner n'hésitèrent pas à ouvrir l'abdomen pour aller suturer l'anse fistulisée. Avec l'antisepsie et l'asepsie naissante, on n'obtint que des succès. Goetz, dans sa thèse, recueille 13 observations, en y comprenant les trois cas donnés par Pollosson (*in* thèse Agrégation, 1883). Février (Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris, 1894, p. 745) proposait la suture transversale pour éviter des rétrécissements. Senn (American Journal of Obstetric, 1894), considérait l'entérorraphie latérale comme le traitement de choix de l'anus contre nature. Pour lui, l'éperon n'est qu'une quantité négligeable au sujet d'un rétrécissement futur de l'intestin. Le Dentu, dans son rapport au Congrès français de Chirurgie de 1895, reprenant les 13 observations de Gœtz et apportant 11 nouveaux cas (dus à Bœckel, Kirmisson, Février, Zancarol, Routier, Michaux, Chaput, Anderson, Senn, et 2 personnels) fait une étude serrée du procédé. Pour lui, il faut faire d'abord l'entérotomie, la *Kentrotomie*, suivant son expression, et pratiquer ensuite l'entérorraphie latérale, en pénétrant résolument dans l'abdomen, à une certaine distance de la fistule. Depuis cette époque, de nombreux opérateurs eurent recours à ce procédé pour guérir leur malade. Des travaux originaux furent consacrés à l'entérorraphie latérale. Nicolas (1900) décrivit dans sa thèse inaugurale le procédé de Quénu ; tout récemment Francoz (1908) en faisait aussi le sujet de sa thèse.

Nous avons réuni facilement 37 observations d'entéror-

raphie latérale. Disons tout de suite que toujours la guérison a suivi. Avec les 24 cas de Le Dentu, nous obtenons un nombre suffisant pour juger la méthode. Nous voyons, en effet, sur 61 cas, 61 guérisons. Mais en étudiant nos observations, une chose nous frappe tout d'abord. C'est que dans 28 cas la suture latérale a été posée sur le *cæcum* ou le *gros intestin* et seulement 9 fois sur l'*intestin grêle*. Remarquons aussi que *deux fois* il a fallu faire la suture circulaire sans résection sur le gros intestin, et encore dans un de ces cas, on avait abouché l'intestin à la peau après résection d'une tumeur. Quant au grêle, on ne l'a suturé circulairement qu'*une fois* (Bousquet, obs. n° 35).

Nous voyons donc facilement que l'on peut être de l'avis exprimé par Gangolphe dans la Revue de Chirurgie 1896: pour que l'entérorraphie latérale soit possible et susceptible de succès, il faut une *petite perte de substance* ; elle est applicable surtout aux anus contre nature siégeant sur le gros intestin. Gangolphe ne pense pas qu'on puisse y avoir recours pour les fistules siégeant sur le grêle. Nous voyons qu'il n'en est rien, mais que cependant elle est dans ces conditions beaucoup plus difficile, car les observations sont très peu nombreuses. Cela n'enlève d'ailleurs rien de la valeur de cette opération. Car les fistules, spontanées ou non, du gros intestin sont fréquentes. Et nous devons mettre en relief ce fait que l'anus cœcal ou l'anus sigmoïdien, établi comme premier temps d'une colectomie pour tumeur ou d'une extirpation du rectum est une excellente pratique. Comme Quénu, Hartmann et Jaboulay l'ont montré, l'opération en trois temps (anus prémonitoire, extirpation de la tumeur, fermeture de l'anus) paraît actuellement la méthode de choix pour les tumeurs ou rétrécissements du gros intestin et du rectum. Nous avons là, dans l'entérorraphie latérale, une méthode rapide, facile et sûre pour fermer l'anus chirurgical.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Le malade est soigneusement préparé à l'intervention, comme nous l'avons dit précédemment. L'anesthésie étant obtenue et le sujet placé sur une table donnant facilement la position de Trendelenburg, l'opération consistera en l'ouverture de la cavité péritonéale, la libération de l'anse et sa suture latérale. Quoique le plan opératoire soit le même, nous trouvons deux méthodes permettant d'obtenir la cure radicale. Elles diffèrent essentiellement sur le point où doit porter l'ouverture du péritoine. Aussi les exposerons-nous toutes deux.

I

Nous indiquerons d'abord la technique la plus anciennement suivie. C'est celle qu'utilisa Polano, lors de sa tentative hardie, puis que Czerny redécouvrit 24 ans après, dont se servirent Trélat et tant d'autres, et dont enfin Quénu vient de faire donner une excellente description par Francoz, dans sa thèse.

Cette opération doit être menée en plusieurs temps.

Premier temps — *Fermeture de l'anus.* — On fait une incision ovalaire de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané passant à environ 1 cent. du bord muqueux de

l'anus contre nature. On prolonge cette incision par en haut et par en bas à l'aide de deux coups de bistouri, de 5 à 6 cent. de long. On a ainsi une ellipse à deux queues rectilignes. On dissèque un peu les lèvres internes de cette incision et on peut ainsi fermer l'anus en rebroussant ces lèvres internes l'une contre l'autre et en les adossant par un surjet à la soie forte ou par des pinces (pinces de Kocher, petites pinces à abaissement, petites pinces de Terrier). On entoure les pinces d'une compresse. On a ainsi obturé et isolé l'anus. On peut alors, après avoir de nouveau nettoyé et aseptisé le champ, poursuivre l'opération et passer au second temps.

Second temps. — *Ouverture du péritoine. Libération de l'anse fistulisée.* — On continue l'incision dans la profondeur de la paroi, à travers des tissus souvent cicatriciels, fibreux, en essayant le plus possible de repérer les différents plans anatomiques pour la reconstitution ultérieure soigneuse de la paroi. Quelquefois, et Nicolas, dans sa thèse, inspirée aussi par Quénu, en cite des exemples, on peut arriver jusque sur l'anse intestinale sans pénétrer dans le péritoine, dont on reste séparé par une zone d'adhérences protectrices. On fait ainsi une opération qui demeure *extra-péritonéale* et, partant, moins dangereuse. Cependant, dans la grande majorité des cas, on pénètre accidentellement dans le péritoine. On l'incise alors circulairement sur le doigt, avec rapidité, et on extériorise sur un lit de compresses aseptiques l'anse ou les anses adhérentes, pendant que d'autres grandes compresses sont glissées tout autour pour protéger la grande cavité péritonéale.

Troisième temps — *Résection des tissus malades.* — *Suture de l'intestin.* — On a ainsi entre les mains, en

dehors du ventre que l'on vient de mettre soigneusement à l'abri de toute contamination, les tissus malades et l'anse (car elle est le plus souvent unique), qui adhère plus ou moins intimément à l'îlot elliptique séparé de la paroi.

La première chose à faire est la *coprostase*, que l'on obtient soit par les doigts d'un aide, soit plus sûrement par des pinces spéciales (modèle Doyen, Hartmann, Mathieu) ou le compresseur intestinal de Chaput. On peut alors, en toute sécurité, décoller aux ciseaux ou au bistouri l'intestin de l'îlot de paroi, et l'on arrive ainsi facilement à avoir une plaie de l'intestin à bords nets, facile à suturer. Ce temps est variable. Il faut enlever tout ce qui pourrait gêner la réunion et il faut respecter le petit pont de muqueuse courant le long du bord mésentérique et qui unit les deux orifices, quand on a affaire à un anus total. Cependant, dans ce cas, malgré l'optimisme de Quénu, l'opération devient difficile. On en sera quitte, si à ce point de l'intervention on éprouve de trop grandes difficultés pour préparer l'intestin, à faire carrément une entérectomie, suivie d'entérorraphie. Mais dans les cas que nous avons indiqués, il est rare que l'on en soit réduit à cette dernière intervention, qui aggrave un peu le pronostic. Le plus souvent donc, on séparera les tissus malades et l'on n'aura plus qu'à faire la suture intestinale. Quelquefois, il sera nécessaire de dilater le bout inférieur ; on pourra même agrandir son orifice par une petite incision, toutes manœuvres faciles et inoffensives. Ayant bien adapté l'une à l'autre les deux parties à réunir, on fera les sutures suivant la technique usuelle, au catgut fin ou à la soie, en deux ou trois plans (le premier séro-musculaire, les autres séreux, sutures d'enfouissement). Il faut bien veiller à ce que le calibre de l'intestin ne soit pas

réduit par la suture. Il est donc indiqué de faire les sutures *transversales* et non pas longitudinales.

Une bonne précaution que recommande Quénu consiste à fixer contre la paroi, à l'aide d'un point, l'anse qu'on vient de fermer. On pourra ainsi mettre un petit drain à son côté et éviter une infection de la grande cavité si, par malheur, un point lâchait. Cette manœuvre n'est pas indispensable.

Quatrième temps. — *Suture de la paroi. — Drainage.* — L'anse suturée, que l'on fixe ou non à la paroi, est réduite dans l'abdomen dont on vient de retirer les compresses isolantes. On suture le péritoine, en plaçant ou non un drain, comme nous venons de le dire, et on refait soigneusement la paroi par étages, en plaçant un petit drain sous-cutané.

Un large pansement aseptique est appliqué.

II

Cette technique paraît théoriquement le procédé de choix. Mais, comme le fait remarquer notre maître, M. le professeur Forgue dans son *Traité de Thérapeutique Chirurgicale* (Forgue et Reclus, t. II, p. 657), « pratiquement, il faut s'attendre à des difficultés opératoires. Ainsi, Baum ne put continuer cette dissection circulaire : la peau et l'intestin ne tenaient l'un à l'autre que par des bourgeons friables qui se déchirèrent ». C'est pour éviter ces difficultés et ces causes d'échec qu'on proposa une autre méthode. Nous la trouvons succinctement décrite dans l'ouvrage où nous avons pris la citation ci-dessus. Après Forgue et Reclus, Le Dentu la recommande de nouveau

dans son rapport au Congrès français de Chirurgie de 1895. Paul Delbet, Bousquet la préconisent aussi. Mais Le Dentu conseille d'appliquer comme temps préliminaire, quelques jours avant l'opération radicale, la pince-entérotome de Collin ou l'entérotome de Dupuytren pour détruire l'éperon. Senn (Amer, Jour. of Obstet. 1894) et Quénu ne pensent pas que cet éperon soit un obstacle. Senn le considère comme une quantité négligeable et propose d'emblée l'entérorraphie latérale comme premier et seul temps de la cure de l'anus contre nature. Pourtant, quand l'éperon est prononcé et que pour une raison quelconque on ne peut ou ne veut pas faire l'entérectomie (opération plus longue, plus difficile et plus choquante), on peut faire la *kentrotomie,* suivant l'expression de Le Dentu. Voici d'ailleurs deux observations montrant le parti qu'on peut tirer de cette opération.

Obs. 34. — *Anus contre nature crural consécutif à un étranglement herniaire. Kentrotomie et entérorraphie successive. Guérison.*

Le Dentu. Congrès français de chirurgie, 1895, p. 234.

Femme de 26 ans. Atteinte d'étranglement herniaire en octobre 1894. Entre à Necker en mai 1895, présentant dans la région inguino-crurale droite un orifice assez étroit mais donnant issue à la plus grande partie des matières fécales. Léger prolapsus de la muqueuse intestinale.

Le 28 mai, application sous anesthésie à l'éther de la pince entérotome de Collin sur l'éperon qui est peu prononcé. (On pince environ $0^{m}03$ d'intestin). La pince tombe 8 jours après.

Le 11 juin, 6 jours après la chute de la pince, entérorraphie latérale. Laparotomie verticale au niveau du bord externe du muscle grand droit. On trouve facilement l'anse adhérente. Le calibre des deux bouts est à peu près semblable. On décolle cette anse avec des ciseaux mousses. Coprostase. La section de l'éperon a rendu à l'intestin toute la largeur désirable et on peut suturer parallèlement à l'axe (sur une longueur d'environ 4 cm. 5). Deux plans de sutures superposés.

Fermeture à deux plans de la plaie abdominale. Drainage à la gaze iodoformée par l'orifice cutané de l'anus anormal. Suites opératoires normales. Jeûne absolu le 1er jour. Guérison complète en une quinzaine de jours.

Obs. 35. — *Anus crural droit consécutif à un étranglement herniaire. Kentrotomie et entérorraphie consécutive. Guérison.*

Bousquet. Centre Médical et Pharmaceutique. Gannat, 1905-6-XI, p. 658.

Femme 39 ans. Se présente avec une hernie crurale droite étranglée depuis 5 jours. Opération. On est obligé d'établir un anus contre nature.

Un mois et demi après, on entreprend la cure radicale par le procédé de Le Dentu. On applique l'entérotome de Dupuytren, pinçant 4 à 5 centimètres d'éperon. Il tombe au cinquième jour. L'éperon a diminué de hauteur 6 jours après. Laparotomie suivant le bord externe du grand droit. Décollement de l'intestin. Pour fermer la plaie intestinale on est obligé de faire une entérorraphie circulaire, il ne reste plus qu'un pont de muqueuse sur le bord mésentérique. Mais l'on n'a pas pratiqué de résection intestinale. Suites opératoires très bonnes. Guérison.

Cette technique est relativement peu suivie, bien qu'elle ait de la valeur et méritât une attention plus grande de la part des chirurgiens. Le Dentu la recommande comme méthode de choix. Mais la kentrotomie peut aussi bien être le premier temps de l'entérorraphie latérale, après incision circonférentielle autour de l'anus. Ce qui fait l'originalité de cette méthode de Forgue et de Le Dentu, c'est le point où porte l'ouverture de l'abdomen. Voici quels sont les temps successifs de l'opération :

Premier temps. — *Fermeture de la fistule.* — Que l'on ait ou non appliqué l'entérotome quelques jours auparavant, on commence, comme dans la technique de Quénu, par fermer provisoirement l'anus contre nature. On dissèque rapidement autour de l'anus une collerette cutanée, qu'on rebrousse et qu'on suture par un surjet à la soie forte. Une bonne pratique consiste, comme le fait notre maître le professeur Forgue, à appliquer alors sur la région un tampon de gaze stérile imbibée *d'eau formolée* et à lier dessus les deux extrémités du surjet pour le maintenir solidement. On change rapidement les champs, on badigeonne à l'iode (teinture d'iode du Codex, simple, ou mieux, dédoublée) la région où va alors porter l'incision.

Second temps. — *Incision de la paroi. Décollement de l'anse fistuleuse.* — On fait alors une laparotomie passant au niveau du bord externe du grand droit. On peut aussi, si l'anus est assez rapproché de la ligne médiane, faire, comme dans le cas que nous rapportons plus loin, une laparotomie médiane. On opère alors en pleine *paroi saine.* Les plans anatomiques sont distincts les uns des autres, facilement repérables, et l'on a l'immense avantage, pour une opération où l'on va travailler dans le péritoine, d'aller des zones aseptiques vers la zone fistuleuse ou septique, tandis que par l'incision autour de la fistule, on va des zones septiques vers les zones aseptiques, en l'espèce la cavité de la séreuse péritonéale. On pourrait aussi, comme l'a conseillé Julliard, tailler un lambeau en forme d'U, qu'on soulèverait ensuite en un véritable panneau. Quoi qu'il en soit, le point intéressant et utile de cette technique est le décollement centripète des adhérences.

Troisième temps. — *Suture de l'intestin. — Résection des tissus malades.* — L'intestin étant décollé de la paroi, la coprostase étant soigneusement faite et l'intérieur de l'abdomen bien protégé par des compresses, on peut, pour plus de sécurité, placer un tampon de gaze imprégnée d'eau formolée sur l'ouverture péritonéale du trajet fistuleux. On le maintient solidement par un écarteur. On a ainsi mis à l'abri les tissus septiques, et l'on peut poursuivre l'opération, c'est-à-dire faire l'entérorraphie latérale. Aussitôt après l'achèvement des sutures, on nettoie rapidement le péritoine avoisinant avec des tampons formolés (le péritoine ne craint pas le formol et cette pratique est excellente, comme l'a montré notre maître le professeur Forgue). On laisse filer l'anse suturée,

on glisse de nouvelles compresses propres dans le péritoine et, après avoir enlevé le tampon qui abrite, maintenu par les chefs du surjet, l'orifice externe de la fistule pariétale, on enlève à coups de ciseaux les tissus périfistulaires et le trajet lui-même.

Quatrième temps. — *Fermeture de l'abdomen.* — On passe alors à la reconstitution soignée de la paroi en plusieurs places et par l'ancien orifice de la fistule (qu'on rétrécit un peu, s'il y a lieu), on introduit un drain. On applique un pansement aseptique, et l'opération est terminée en général aussi rapidement, sinon plus, qu'avec la méthode d'incision circumfistulaire.

Nous rapportons ci-dessous une observation où cette méthode a été appliquée.

Obs. 36. — *Anus artificiel établi chirurgicalement pour une obstruction intestinale datant de 30 jours. Cancer de la portion gauche du côlon transverse. Cure de l'anus. Entérorraphie latérale. Colectomie. Mort de cachexie et d'infection 2 mois après.*

Mme B .., âgée de 29 ans, rentre à l'Hôpital suburbain, villa Fournier, service du prof. Forgue, le 28 janvier 1910, pour faire traiter un anus contre nature. Au commencement de juillet 1909, la malade, qui n'avait jamais présenté de troubles intestinaux, présenta des symptômes qu'on qualifia : embarras gastrique léger avec constipation très marquée. Au bout de huit jours, elle avait des signes nets d'obstruction intestinale : ballonnement extrême du ventre, constipation absolue, vomissements. Ces derniers n'ont jamais été fécaloïdes ni porracés.

Cette période d'obstruction dura 4 semaines pendant lesquelles on n'obtint quelques rares selles qu'à l'aide de lavements très abondants, de purgations violentes, de lavements électriques, etc... La malade se cachectisa rapidement.

Le 1er août, au 30e jour, le médecin fit, à l'analgésie locale, l'entérostomie de Nélaton, presque *in extremis*. Il trouva quelques cuillerées à soupe de liquide citrin dans le péritoine et ne rechercha pas la cause de l'occlusion. Une débâcle abondante s'effectua par l'anus artificiel et la malade entra rapidement en convalescence.

Dans les jours qui suivirent l'opération, les matières recommencèrent à passer en petite quantité par l'anus normal. Elles n'avaient aucun caractère spécial comme forme et ne contenaient jamais de sang. Mais la plus grande partie des matières passait par l'anus artificiel.

A l'examen, lors de l'entrée de la malade, on trouve une femme maigre, au

teint terreux. L'anus artificiel est à deux travers de doigt à droite de la ligne médiane, à mi-hauteur de l'ombilic. Il existe un léger prolapsus de la muqueuse intestinale. Pas d'éperon. La peau de l'abdomen est très irritée, rouge, vésiculeuse par endroits, sur une très large étendue. Les matières coulent continuellement ; elles sont rendues à peu près normalement digérées, et il est manifeste que c'est le contenu de l'intestin grêle qui s'échappe ainsi incessamment. La malade porte habituellement un appareil, mais elle se souille abondamment pendant la nuit.

A la palpation, on sent un gros gâteau d'adhérences s'étendant de l'anus vers l'ombilic et dépassant celui-ci vers l'hypochondre gauche. C'est d'ailleurs le seul résultat que donne la palpation. Il ne semble pas y avoir de liquide dans le péritoine.

On pratique successivement les touchers vaginal, rectal et intra-intestinal par l'a.c.n. sans obtenir d'autres renseignements. Petit kyste salpingien à gauche.

Les appareils généraux sont sains.

On met la malade au repos au lit et on poursuit des lavages fréquents de la paroi abdominale avec de l'eau boriquée amidonnée. On donne quelques antiseptiques intestinaux et on prescrit le régime lacté.

Le 7 février 1910, intervention. Opérateur : M. le professeur Forgue. Aides : Massabuau, Jourdan, Lévy. Anesthésie : éther, puis chloroforme. Diffre.

L'opération est menée en 3 temps : 1° fermeture de la fistule stercorale à la peau ; 2° pincement latéral, section et suture de l'anse intestinale abouchée à la peau ; 3° recherche et ablation de la tumeur colique.

Un aide aseptique pratique le premier temps. Par deux incisions en arc, se rejoignant par leurs extrémités et prolongées en haut et en bas il circonscrit l'orifice fistuleux et libère les téguments des plans sous-jacents. Un surjet à la soie forte renverse la peau sur la fistule. On fixe un gros tampon de gaze imbibée d'eau formolée sur cette suture en nouant les deux chefs du surjet pour éviter tout contact septique pendant les autres temps de l'opération.

On renouvelle rapidement tous les champs, on badigeonne de nouveau la peau à la teinture d'iode et le chirurgien, par une incision de 25 centimètres descendant jusqu'à la symphyse, ouvre largement l'abdomen. Dans la région haute de l'incision on trouve quelques adhérences. On libère au bistouri et à la sonde de Kocher quelques masses épiploïques plus ou moins ramassées, densifiées et fixées à la paroi. Dans la région basse le péritoine est libre, le bassin et le petit bassin sont nets. Deux fortes pinces à abaissement saisissent les lèvres de l'incision, éversent la paroi en dehors et sont confiées à un aide qui les tire et les soulève « vers le plafond ». On trouve facilement l'anse abouchée à la paroi. Il n'y a aucune adhérence autour du point de contact. Il est facile de pincer latéralement l'intestin et de le sectionner au thermo-cautère entre deux pinces à intestin. Le bord mésentérique et la paroi postérieure de l'intestin ont pu être respectées et on se trouve en présence d'une plaie losangique à grand axe transversal. On la ferme par un surjet total recouvert par deux plans de surjets séro-séreux à la soie fine. Le calibre de l'intestin est normal. Pendant tout ce temps opératoire le péritoine avait bien entendu été soigneusement protégé par

de larges compresses et un tampon formolé avait été maintenu par un écarteur de Trélat sur l'orifice interne de la fistule pariétale. La troisième partie de l'intervention fut plus délicate et plus pénible. L'anse suturée étant abandonnée dans le péritoine, on remonte vers le haut de l'incision, à la recherche de la cause de l'obstruction. On est bientôt arrêté par les adhérences intimes à la paroi d'une masse dure siégeant sur le côlon transverse. Elle est surtout adhérente à la lèvre gauche de l'incision. On arrive à la décoller en insinuant le doigt en arrière de la tumeur, entre celle-ci et la paroi. La tumeur libérée, siège, comme nous l'avons déjà vu, sur le côlon transverse ; la grande courbure de l'estomac n'en est séparée que par un intervalle d'environ 1 cm. 5, mais il n'y a pas d'adhérences. Coprostase sur le gros intestin en amont et en aval de la tumeur. Section de l'intestin et du méso. Hémostase de la tranche du méso. On extirpe ainsi la tumeur.

On ferme en cœcum le bout supérieur par un triple plan de sutures. Il y a une très grande disproportion de calibre entre le bout central et le bout périphérique du côlon. Le premier a un diamètre au moins trois fois supérieur au deuxième. De plus, il est rempli de matières fécales On est obligé d'enlever avec une spatule une scybale volumineuse.

Le méso ne permet pas l'abouchement termino-terminal. Aussi exécute-t-on l'anastomose latéro-terminale en abouchant le bout inférieur à une ouverture faite sur le côté du bout supérieur fermé en cœcum (sutures en trois plans). Ceci terminé, en quelques coups de ciseaux, on extirpe l'ancien trajet fistuleux et on suture. Drainage.

Suites opératoires. Shock prononcé. T = 35°8. P = 140. On pratique toutes les trois heures une injection de sérum artificiel. On fait 4 cc. d'huile camphrée à 1/10. Dans le sérum on fait alterner la caféine et la strychnine. Enfin, on fait deux injections de nucléinate de soude (0.12) et 1 de sérum antidiphtérique (10 cc) pour exciter la phagocytose et prévenir les hémorragies.

Sous l'influence de ce traitement énergique la malade se remonte peu à peu.

9 *Février.* — T. 37°, P. 115-120. Sérum strychniné, électrargol (10 cc.).

10 *Février.* — La malade émet des gaz par l'anus.

13 *Février.* — Premier pansement. La plaie opératoire suppure un peu. L'infection paraît partir de l'ancien anus. Dans les jours qui suivent on constate du pus bleu. La plaie pariétale s'étend, suppure beaucoup. Pas de matières fécales. On fait des pansements humides légèrement antiseptiques deux fois par jour. T. 38°. P. 120. La malade est prise d'une diarrhée assez prononcée (élixir Bonjean, tannigène 2 gr., extrait thébaïque 0°06).

19 *Février.* — Au niveau des deux derniers points supérieurs de la plaie il s'échappe au moment du pansement des matières fécales liquides. Il est manifeste que c'est l'anastomose côlo-colique qui a lâché.

22 *Février.* — La plaie s'est agrandie. Il y a un grand nombre de clapiers purulents où il se fait une résorption intense malgré les pansements soigneux et répétés. Quelques selles liquides par le rectum. Le pouls reste toujours à 120. T descend quelquefois à 36°.

1er *Mars.* — Etat analogue. L'écoulement des matières est abondant. Il y a toujours néanmoins des selles rectales. Les matières sont peu colorées, il paraît

y avoir un degré notable d'insuffisance hépatique. On ne soutient la malade qu'avec du sérum, de la strychnine, de l'huile camphrée.

8 *Mars.* — Etat identique. La malade se cachectise. Cependant la plaie abdominale est moins infectée.

10 *Mars.* — Synovite suppurée des gaines des fléchisseurs de la main droite. On incise. Il sort un pus verdâtre, très épais, gluant, sans odeur.

La cachexie s'accuse de plus en plus. Une escarre sacrée se déclare.

Il passe des matières par le rectum, mais la presque totalité passe par l'orifice abdominal. On le distingue très nettement entouré d'un petit bourrelet muqueux.

20 *Mars.* — La malade décline. Elle ne prend plus rien. Sérum, etc.

23 *Mars.* — Elle meurt à 1 heure de l'après-midi.

L'autopsie n'a pu être faite.

Nous insisterons maintenant un peu sur le point particulier : la suture intestinale elle-même. Nous venons de voir que souvent l'on était conduit à faire une *entérorraphie circulaire* sans avoir pratiqué de résection et en ayant conservé un mince pont de muqueuse entre les deux orifices. Plus souvent (car dans la majorité des cas on opère sur le gros intestin) ce n'est qu'une perte de substance latérale que l'on doit fermer et la suture classique latérale en deux plans (séro-musculeux et séro-séreux) peut suffire et donner de bons résultats. Mais on peut évidemment employer pour ces sutures tel moyen qui paraîtra convenable et il nous paraît intéressant de rapporter ici quelques procédés sortant un peu de l'ordinaire.

Tout d'abord, le procédé dit de l'*operculisation*, dont Jaboulay s'est servi et dont l'observation ci-dessous donne une bonne idée :

Obs. 37. — *Fistule stercorale due à une ulcération du cœcum à la suite d'appendicite. Cure radicale. Guérison.*

(Jaboulay, in thèse Regad, Lyon 1895.

Jeune fille de 17 ans, ayant présenté 5 récidives d'appendicite calculeuse avec abcès stercoral et fistule.

On intervient pour fermer cette fistule, par laparotomie latérale. On tombe sur une brèche considérable de la paroi cœcale. L'ouverture était trop grande pour toute la suture. Aussi M. Jaboulay fit-il basculer l'extrémité inférieure du cœcum autour d'un axe passant par le diamètre transversal de l'orifice. La

séreuse de la portion du cœcum sous-jacente à l'ouverture vint donc s'accoler à la séreuse recouvrant la portion sus-jacente. 2 plans de sutures maintinrent l'intestin en cette position. L'intestin fut ainsi recourbé en crochet à ce niveau. Drainage. Sutures.

La malade guérit parfaitement et ne présenta aucun trouble consécutif.

Le bouton de Murphy (et les boutons anastomotiques qui en dérivent) peut aussi être utilement employé, quoique son indication soit surtout l'entérorraphie circulaire. L'observation suivante montre le parti qu'on peut en tirer.

Obs. 38. — *Fistule stercorale probablement due à une appendicite. Cure radicale. Réunion au bouton de Murphy-Villard. Guérison.*

Jaboulay, *loc. cit.*

Femme présentant une fistule stercorale dans l'hypochondre droit. Plusieurs opérations dirigées contre cette fistule ont échoué. En février 1895, Jaboulay intervient de nouveau. Il dissèque la fistule et arrive sur le cœcum présentant une perte de substance circulaire de 4 centimètres environ de diamètre. La résection s'annonçant comme longue et laborieuse, Jaboulay se décide à passer au-dessus et au-dessous des bords de l'ouverture un fil contournant circulairement toute la lumière du canal intestinal. Il introduit alors dans l'intestin, par la brèche, les deux parties du bouton anastomotique de Villard, et noue les deux fils précédemment passés. L'intestin est alors fermé en haut et en bas sur les deux moitiés du bouton dont les cylindres centraux sortent par la solution de continuité. Il les articule alors l'un avec l'autre. La continuité du canal est ainsi rétablie. Quelques points affrontent exactement le péritoine. On a ainsi conservé le bord mésentérique du cœcum. Le malade guérit parfaitement.

Signalons aussi les procédés de *greffe intestinale*, dus à Gély (*Bulletin de thérapeutique*, 1845), mis en pratique par Privat (1846) et ressuscités par Chaput en 1896. Ils consistent à employer, pour fermer la perforation, la paroi d'une anse voisine, qu'on vient appliquer sur l'ouverture. Ce n'est point là, à proprement parler, une entérorraphie latérale, mais on peut la classer dans la catégorie des opérations où l'on ne pratique pas d'excisions ni d'anastomoses. Dans le même ordre d'idées, on peut ranger les procédés de *greffe intestino-pariétale*, qu'on opère soit comme Krause, à l'aide de la paroi antérieure et de la peau, soit comme Soubeyran, à l'aide du péritoine de la

paroi postérieure (thèse Leydier, Montpellier, 1907). Tous ces procédés sont évidemment des procédés de fortune, n'ayant qu'une parenté assez éloignée avec l'opération qui nous occupe dans ce chapitre. Mais comme nous l'avons déjà dit, nous ne les avons rangés ici que parce qu'ils sont des procédés où l'on respecte autant que possible la continuité du tube intestinal. Il est toutefois utile de les connaître, car en les employant, on peut abréger la durée de l'intervention et, par cela même, réduire les dangers d'infection et de shock.

DISCUSSION

Une fois en possession d'une technique précise, quand devrons-nous faire l'entérorraphie latérale ?

Il nous semble que l'on peut résumer les indications de l'entérorraphie latérale dans cette formule : elle doit être une opération simple ou ne pas être.

Le gros écueil est constitué d'une part par les adhérences, d'autre part et surtout par l'éperon.

Si les adhérences sont utiles dans quelques rares cas, où l'on peut libérer assez d'intestin pour faire la suture sans pénétrer dans la cavité péritonéale, il faut reconnaître que le décollement de nombreuses anses intestinales accolées entre elles et contre la paroi est non seulement difficile et pénible, mais très souvent périlleux. Et cela, qu'on aborde la difficulté selon la méthode « centrifuge » de Quénu, ou « centripète » de Forgue. On s'expose à des hémorragies, à la rupture de l'intestin en poursuivant ces décollements pénibles. Dans ces cas, il est plus facile et plus indiqué de pratiquer l'entérectomie ou l'entéro-anastomose, avec ou sans exclusion. Mais même en admettant que les adhérences soient peu nombreuses ou aient facilement cédé, nous avons encore un obstacle : l'éperon. Senn, Quénu pensent qu'il ne constitue jamais un empêchement à l'entérorraphie latérale. Il y a pourtant nombre d'anus contre nature, et en particulier ceux où les deux

segments intestinaux sont accolés parallèlement, comme les canons d'un fusil double, suivant la comparaison classique, où l'éperon est par conséquent très marqué, où son déploiement est impossible, où enfin, si l'on pratique malgré tout l'entérorraphie latérale, on obtient un rétrécissement de la lumière intestinale et une coudure à angle aigu. Ces anus-là ne sont justiciables que de l'entérectomie ou de l'entéro-anastomose.

Enfin, il faut faire rentrer en ligne de compte le calibre de l'intestin : sur le gros intestin, l'entérorraphie latérale sera plus facile à faire et plus souvent exécutable ; il y a de l'étoffe et une légère diminution de calibre n'est pas très importante. Sur l'intestin grêle, il en va tout autrement. Une perte de substance un peu considérable laisse peu de tissus pour les sutures et la sténose est vite constituée.

De sorte que pour nous résumer, nous pensons que les conditions optima pour appliquer l'entérorraphie latérale sont :

1° Peu ou pas d'adhérences ;

2° Pas d'éperon ou éperon facilement réductible ;

3° Anus siégeant sur le gros intestin.

Nous ne voulons pas dire par là que l'on ne doive pas la tenter dans nombre de cas ne remplissant pas ces conditions. Car, par exemple, tel éperon qui paraît considérable s'efface facilement quand l'anse est décollée de la paroi. Mais ce sont là des conditions types. Et nous les trouvons réalisées complètement dans ces anus établis chirurgicalement comme premier temps d'une opération portant sur le rectum ou le gros intestin. Pour ces fistules cæcales ou sigmoïdiennes, l'entérorraphie latérale est la méthode de choix par sa bénignité, sa facilité et sa rapidité d'exécution.

Quelle méthode devrons-nous choisir ?

La première méthode, de Quénu, a l'avantage de pouvoir être quelquefois extra-péritonéale, bien mince avantage avec les habitudes actuelles d'asepsie et d'antisepsie. Elle a le gros inconvénient de débuter dans un milieu septique, difficilement aseptisable et d'aller vers les régions aseptiques où les inoculations sont graves.

La deuxième méthode, de Forgue, peut être conduite comme une laparotomie aseptique ordinaire jusqu'à la suture intestinale. On peut la faire facilement aussi aseptique qu'une gastro-entérostomie par exemple. De plus, en ouvrant d'emblée la grande cavité séreuse, on voit nettement et instantanément les lésions : on peut donc vite juger si l'entérorraphie est possible ; et si on la croit inexécutable, on est autrement bien placé pour faire l'entérectomie ou l'entéro-anastomose. En somme, on peut reconnaître l'étendue des lésions sans traumatiser l'intestin, ce qu'il est impossible de faire avec la première méthode.

La méthode de Le Dentu, consistant à appliquer l'entérotome de Dupuytren avant de faire l'opération précédente, d'une théorie très ingénieuse, ne paraît pas être nettement supérieure dans la pratique à l'entérorraphie simple. L'entérotome est plus ou moins mal supporté ; la section de l'éperon est très souvent insuffisante. C'est une complication apportée à une opération qui, pensons-nous, ne doit être pratiquée que dans les cas simples pour avoir toute sa valeur. Car si l'éperon est petit, il s'efface en général ; si, au contraire, il est considérable, il résiste à l'entérotomie et l'on est tout de même conduit à une résection intestinale.

De sorte que nous nous rallierons à cette méthode centripète que nous résumons ci-dessous :

1° Fermeture de l'anus ;

2° Laparotomie médiane ou para médiane, mais éloignée de la fistule. Examen de l'intestin. Décollement des adhérences ;

3° Suture de l'intestin. Résection des tissus malades.

4° Fermeture de l'abdomen.

L'entérorraphie latérale est donc une opération bénigne, d'exécution facile, donnant dans les cas où elle doit être appliquée, c'est-à-dire dans les cas simples, toutes les chances de succès. Son indication réside surtout dans les anus siégeant sur le gros intestin, sans éperon, sans adhérences. La laparotomie médiane facilite l'établissement des sutures et le traitement de l'intestin.

OBSERVATIONS

ENTERORRAPHIE LATERALE PORTANT SUR LE GROS INTESTIN

Obs. 39. — *Appendicite suraiguë avec péritonite généralisée. Anus contre nature le vingtième jour. Cure radicale onze mois après.* (*In* thèse *Bosselut*, p. 48).

Jeune garçon de 14 ans. Bonne santé habituelle.

Le 23 mars 1904, crise d'appendicite aiguë. Le 26 mars, le tableau s'étant assombri, on intervient d'urgence. Incision au niveau de la fosse iliaque droite : sphacèle (sans perforation) de l'extrémité du cœcum. L'appendice est en position haute et externe et présente deux perforations, et par un de ces orifices est sorti un calcul développé autour d'un poil de brosse à dents. Il y a du pus ressemblant à du bouillon sale autour du cœcum et entre les anses intestinales. Résection de l'appendice. Drainage dans trois directions. Ouverture symétrique de la première au niveau de la fosse iliaque gauche. Evacuation de pus analogue. Drainage.

Suites opératoires agitées. Le 2 *avril*, hernie de l'intestin à travers la plaie de droite. Le 14 *avril*, perforation intestinale laissant passer la presque totalité des matières.

En mai, amélioration de l'état général et de la plaie. Il passe toujours des matières, mais il y a des selles normales.

L'état demeure stationnaire jusqu'en *février* 1905, époque où l'on intervient pour fermer l'anus c. n.

Dissection de la peau autour de l'a. c. n. ; on le ferme par deux pinces en T. Incision abdominale à la limite du tissu de cica-

trice ; on pénètre dans le péritoine et on arrive sur la face antérieure du cœcum, qui est perforée en deux endroits. On réunit ces perforations d'un coup de ciseaux. On fait l'ablation du tissu de cicatrice et on suture le cœcum à la soie (3 étages). Il ne reste qu'un petit moignon de cœcum. Drainage. Reconstitution de la paroi.

Suites simples, apyrétiques. Guérison sans incident.

Obs. 40. — *Fistule stercorale consécutive à une appendicite. Cure radicale huit mois après. Entérorraphie latérale. Guérison.*

Damas, Bull. Soc. Chir. Paris, 24 juillet 1900.

Jeune homme de 23 ans. Douleur brusque dans la fosse iliaque droite. Défense musculaire, hyperesthésie cutanée.

Incision au bout de quelques jours. Drainage. On ne recherche pas l'appendice. Fistule stercorale consécutive.

Huit mois après : Cure radicale de l'A. c. n. Laparotomie latérale. On trouve une perforation du cœcum. *Entérorraphie latérale* par deux sutures en bourse. Excision de l'appendice. Guérison.

Obs. 41. — *Obstruction intestinale et occlusion par cancer de l'S iliaque invaginé dans le rectum. Anus artificiel d'urgence sur le cœcum. Résection de la tumeur. Un mois après, cure radicale de l'A. c. n. par entérorraphie latérale. Guérison.*

Delore et Leriche. (Pathogénie et traitement de l'invagination intestinale). *Revue de Chirurgie,* 1908.

Femme. Elle entre à l'hôpital pour des troubles intestinaux remontant à 6 mois et caractérisés par des gargouillements intestinaux et des selles recouvertes de glaires sanguinolentes avec douleurs dans la fosse iliaque gauche. Le 31 août 1907, l'occlusion est complète depuis six jours. Par le toucher rectal : boudin invaginé dans le rectum avec, en son centre, une masse irrégulière, bosselée et friable.

Le 2 septembre on fait un anus cœcal.

Le 6. — Soulagement considérable. Par le rectum, on ne sent plus de tumeurs.

Le 7. — Petites douleurs, tension abdominale. Au toucher, on a les mêmes signes qu'avant l'intervention. L'invagination s'est reproduite.

Le 9. — Intervention. On désinvagine l'S iliaque. La tumeur est réséquée ainsi que l'S iliaque (15 centimètres). Anastomose termino-terminale à la soie. Double suture.

Le 8 *octobre*, cure de l'anus cœcal. Après libération du cœcum, on trouve un orifice approchant de la dimension d'une pièce de 5 francs. Le pourtour de l'orifice est avivé ; suture de l'intestin à deux plans. Le cœcum est refoulé dans l'abdomen. Suture de la paroi. Guérison.

Obs. 42. — *Anus contre nature probablement consécutif à une appendicite. Cure radicale par entérorraphie latérale. Guérison.*

Gangolphe, in thèse *Regad, Lyon*, 1895, p. 50.

Femme 72 ans. Anus contre nature, siégeant sur le cœcum. Il y a deux fistules cutanées et éversion de la muqueuse. La malade est sourde, inintelligente et répond mal à l'interrogatoire. Elle a sans doute fait des phénomènes phlegmoneux du côté de son appendice.

On tente la cure radicale des fistules stercorales : incision circonscrivant la masse éversée ; on la prolonge en haut et en bas. On libère de nombreuses adhérences. Il existe une sorte de collet fibreux qui s'oppose à la réduction de la muqueuse éversée. On incise cet anneau et la muqueuse rentre d'elle-même. Il existe sur le cœcum une perte de substance du diamètre d'une pièce de deux francs. On pratique l'entérorraphie latérale. Guérison parfaite.

Obs. 43. — *Cancer de l'angle droit du côlon. Exérèse par la méthode en trois temps. Guérison.*

Gayet, Lyon Médical 1906, t. CVII, p. 840.

Femme 54 ans. Occlusion intestinale subaiguë.

Le 16 *avril* 1906, cœcostomie.

5 *mai*. — Extirpation d'un cancer de l'angle droit du côlon. On anastomose le côlon transverse avec le cœcum.

20 *juillet*. — L'orifice cœcal est disséqué et libéré de ses adhérences. Suture en deux plans. Les lèvres de l'orifice cutané sont largement réséquées. Suture de la paroi en trois plans. Guérison.

Obs. 44. — *Obstruction intestinale. Anus artificiel. Fistule. Entérorraphie latérale. Guérison.*

Gross, in thèse *Aerts,* Nancy, 1904, p. 35.

Le nommé X... entre à l'hôpital pour des accidents d'obstruction chronique dont le début remonte à une huitaine et qui paraissent menaçants depuis 24 heures. On fait d'urgence l'entérostomie de Nélaton sur le cœcum distendu. Il s'écoule une quantité considérable de matières liquides. Les suites sont simples et l'état général devient rapidement satisfaisant. La plus grande partie des matières passe par l'A. c. n. Cependant, il a une tendance nette à se rétrécir, et à plusieurs reprises on est obligé de le dilater pour remédier à de petits accidents d'obstruction. Au bout de trois mois ces accidents disparaissent et le malade demande instamment à être débarrassé de son infirmité.

Une première tentative d'entérorraphie échoue et aboutit à un élargissement de l'orifice.

Quelque temps après, nouvelle tentative d'entérorraphie latérale, suivie cette fois-ci d'un plein succès.

Obs. 45. — *Hernie inguinale droite étranglée contenant le cæcum. Anus contre nature. Entérorraphie latérale. Guérison.*

Gros. Tirée des *Archives provinciales de Chirurgie. Dr Georges Gross, in* thèse *Aerts,* p. 36.

Homme de 50 ans, entre à l'hôpital le 20 juin 1901 pour une volumineuse hernie inguinale droite, devenue douloureuse depuis trois jours. Vomissements. Ballonnement du ventre. Le professeur agrégé Michel pratique l'intervention d'urgence et établit un anus contre nature. Les phénomènes graves s'apaisent. Dans les jours qui suivent, les selles se rétablissent par le rectum, mais il persiste une fistule stercorale.

Une première tentative d'autoplastie de la fistule échoue.

En décembre 1901, cure radicale par le professeur Gross : large débridement de la fistule avec décollement de l'intestin et entérorraphie à deux plans. Suture de la peau. Guérison *per primam.*

Obs. 46. — *Anus contre nature consécutif à un pérityphlite. Cure radicale par entérorraphie latérale après deux tentatives de suture extra-péritonéale. Guérison.*

Horteloup, Congrès de Chirurgie, Paris, 1888.

Homme 33 ans. Le 22 avril 1887, ouverture d'une petite tumeur fluctuante au-dessus de l'arcade de Fallope. Quelques jours après, fistule stercorale, prenant rapidement les dimensions d'un anus contre nature. On admet comme cause une pérityphlite. L'examen digital pratiqué quelque temps après permet de reconnaître que l'ouverture porte sur le cœcum. On fait deux tentatives de sutures extrapéritonéales. Echec.

27 *janvier* 1888. — Laparotomie par incision circulaire. On libère facilement l'intestin. Entérorraphie latérale. Drainage. Suture de la paroi. Le même jour, gaz par l'anus. Le 19 février, selles solides. Le 1er mars, guérison parfaite.

Obs. 47. — *Cancer annulaire et sténosant de l'angle droit du côlon transverse. Crises d'obstruction. Cœcostomie puis colectomie. Fermeture de l'anus cœcal. Guérison.*

Jaboulay, in thèse Cavaillon, Lyon, 1905, p. 184.

Homme de 50 ans. Entre à l'hôpital pour de l'obstruction intestinale datant de 15 jours. Le 14 *mai* 1905, on fait la cœcostomie d'urgence. Débâcle par l'anus artificiel. Quelques selles par le rectum.

Le 30 *mars,* laparotomie médiane. On trouve une tumeur de l'angle droit du côlon. Résection de cette tumeur. Entérorraphie circulaire. Suites sans incidents. Le malade conserve sa fistule cœcale.

Amélioration considérable de l'état général. Peu à peu les matières reprennent leur cours physiologique. Le 28 *septembre* on ferme l'anus contre nature par la méthode intra-péritonéale, sous deux rangées de sutures séro-séreuses. Le 20 *octobre,* le malade sort complètement guéri. Fonctions intestinales normales. Facies floride.

Obs. 48. — *Cœcostomie pour crises d'occlusion intestinale par cancer annulaire et sténosant du côlon descendant. Colectomie, entérorraphie circulaire. Fermeture de l'anus cœcal. Guérison.*

Jaboulay, in thèse *Cavaillon*, p. 202.

Homme 52 ans. Entre à l'hôpital le 18 août 1905. Crise d'occlusion en février durant cinq jours. Nouvelle crise en août durant deux semaines, au cours de laquelle on pratique d'urgence la cœcostomie. Suites un peu agitées. Cependant, le malade reprend le dessus, et le 5 *octobre* on extirpe la tumeur qui siège sur le côlon descendant. Suppuration pariétale post-opératoire. Les matières passent de temps en temps par l'anus normal. Le 4 novembre, fermeture de l'anus cœcal ; décollement de celui-ci avec les différents plans de la paroi abdominale. Libération complète intrapéritonéale. Fermeture de l'orifice intestinal par deux surjets. Suture de la paroi sans drainage. Suites apyrétiques. Guérison.

Obs. 49. — *Anus contre nature pour crises d'occlusion intestinale dues à un cancer de la portion gauche du côlon transverse. Colectomie, entérorraphie circulaire. Fermeture de l'A. c. n. Guérison.*

Jaboulay, in thèse *Cavaillon*, p. 193.

Homme 45 ans. Troubles intestinaux depuis deux ans. En avril 1905, on trouve à la palpation de l'abdomen une tumeur au niveau de l'angle gauche du côlon transverse. Le malade entre à l'hôpital et le 22 *juillet* 1905 on pratique, à froid, un anus cœcal.

Le 5 *août*, par une laparotomie médiane, on extirpe la tumeur colique. Entérorraphie circulaire.

Peu à peu, la circulation normale des matières se rétablit. Mais la fistule stercorale n'a aucune tendance à l'oblitération spontanée.

Le 25 *septembre*, cure radicale. On ferme l'orifice intestinal par deux surjets séro-séreux. Guérison.

Obs. 50. — *Kirmisson. Société de Chirurgie*, 28 décembre 1898.

Imperforation ano-rectale. Anus iliaque d'urgence. Rétablissement de l'anus normal. Entérorraphie latérale. Guérison.

Obs. 51. — *Anus iliaque pour occlusion intestinale due à un volvulus de l'S iliaque. Cure radicale par entérorraphie latérale. Guérison.*

Lecène, Contribution à l'étude des volvulus du gros intestin. *In Revue de Chirurgie,* t. XLI, n° 1. Janvier 1910, p. 21.

Homme 60 ans. Occclusion depuis six jours.

On fait une première opération destinée à pratiquer un anus cœcal. On fait, en effet, un anus sur le gros intestin.

Deuxième opération pour fermer l'A. c. n. On reconnaît que l'A.c.n. a porté sur l'anse pelvienne du côlon, en volvulus dans la fosse iliaque droite du fait de sa longueur et de sa distension. Le volvulus est détordu. On enlève les bords de la fistule et le l'A. c. n. Entérorraphie latérale à deux plans. Guérison.

Obs. 52. — *Anus contre nature pour rétrécissements syphilitiques du rectum. Cure radicale de l'A. c. n. Guérison.*

Le Dentu, Congrès de Chirurgie, 1829, p. 233.

Femme 30 ans. Rétrécissements multiples du rectum dus à la syphilis. On pratique un anus contre nature iliaque, sans éperon.

Six mois après, cure radicale. Incision en dehors de l'anus, parallèlement à son grand axe. Le gros intestin est libéré. Suture latérale parallèle à l'intestin. Guérison.

Obs. 53. — *Tumeur de l'S iliaque. Extériorisation et résection de la tumeur. Cure radicale de l'A. c. n. Mort 21 mois après. Morton.*

Femme de 51 ans. Symptômes d'obstruction intestinale chronique. On tente la colostomie le 3 juin 1901 : on trouve une tumeur du côlon sigmoïde qu'on extériorise. 15 jours après on l'enlève.

Deux mois après, fermeture de l'anus. *Entérorraphie circulaire* des deux bouts après libération. Réduction dans l'abdomen.

Quelques mois après, il fallut réopérer. La tumeur récidiva. Mort 21 mois après l'opération.

Obs. 54. — *Fistule stercorale d'origine appendiculaire datant d'un an. Opération. Récidive. Guérison.*

Quénu, in thèse *Francoz, Paris,* 1908, p. 44.

Jeune fille 17 ans. Abcès appendiculaire ouvert le 28 novembre

1906. Il s'écoule des matières fécales. Le 17 décembre, phlébite à droite. La plaie donne toujours issue à des matières fécales.

Le 19 novembre 1907, la malade revient pour qu'on ferme sa fistule.

L'opération a lieu le 5 décembre 1907. L'incision est faite dans la cicatrice à 8 ou 10 millimètres de distance de l'orifice. Les bords de l'îlot ainsi formé sont relevés et appliqués l'un contre l'autre par de petites pinces de Terrier. On poursuit alors l'incision de la paroi. On décolle l'intestin. On sectionne le trajet fistuleux à sa base et on ferme le cœcum par deux plaies de sutures au catgut fin (séro-musculaire et séro-séreux). Drainage. Sutures.

Le 4e jour, le drain donne issue à un liquide roussâtre. L'écoulement continue les jours suivants. Il passe quelquefois des gaz. Mais peu à peu, la fistule se ferme et le 1er février 1908, elle est complètement oblitérée.

En avril, il y a de nouveau un léger écoulement. Le 15 avril on cautérise au nitrate d'argent un petit bourgeon au centre duquel existe une toute petite fistule. Guérison.

Obs. 55. — *Fermeture d'un anus cœcal pour occlusion. Traitement d'un anus médian sous-ombilical.*

Quénu, in thèse *Francoz*, p. 46.

Homme 52 ans. En octobre 1906, A. cœcal d'urgence au douzième jour d'une occlusion intestinale.

Au mois de décembre 1906, l'anse malade (anse Ω) est extériorisée par laparotomie médiane et réséquée sur une assez grande étendue. Abouchement à la peau des deux bouts d'intestin. Peu après, les matières ne sortent plus par l'anus cœcal et passent par l'anus médian.

En juillet 1907, *fermeture de l'anus cœcal.*

Le 28 décembre 1907. On essaie de fermer l'anus médian. Le toucher intra-intestinal avait décelé une récidive de la tumeur. On résèque 8 à 9 centimètres du bout supérieur, 4 à 5 du bout inférieur. On suture la demi-circonférence postérieure de l'intestin. On ne peut amener l'autre à la peau, et on la suture au bord interne du grand droit. L'anus s'ouvre alors au fond d'un infundibulum. Suites opératoires bonnes. Les matières coulent par le nouvel A. c. n.

Obs. 56. — *Fermeture d'anus sigmoïde médian sous-ombilical. Quénu*, in thèse *Francoz.*

Malade ayant déjà subi un anus cœcal, l'extériorisation de l'anse sigmoïde, l'abrasion de l'anse extériorisée, *la fermeture de son anus cœcal.*

Le 3 décembre 1907. On ferme l'anus médian sous-ombilical : incision elliptique autour de la fistule et ouverture prudente du péritoine. Libération des adhérences, extériorisation de l'intestin. L'éperon est assez boursouflé et gêne un peu les manœuvres. Il faut faire une entérorraphie presque circulaire, car il ne reste qu'un pont de muqueuse sur l'éperon.

Les sutures terminées (à deux places) on fixe l'intestin à la paroi. Drainage du péritoine. Drainage sous-cutané. Sutures de la paroi. Guérison.

Obs. 57. — *Fermeture d'un anus cœcal pour rétrécissement du rectum.*

Quénu, Bull. et Mém. Société de Chirurgie de Paris 1904. *XXX. p.* 719.

Malade, spécifique, ayant un retrécissement du rectum présentant des troubles prononcés de la défécation et des crises de douleurs articulaires, rhumatoïdes, d'origine probablement infectieuse. Il s'agit là pour Quénu, d'un véritable *rhumatisme rectal.* Quénu fait un anus iliaque avec éperon. Il pratique des lavages par le bout inférieur, puis il ferme ce bout inférieur.

Un certain temps après, il extirpe le rétrécissement. 6 semaines après la plaie opératoire était guérie. 11 semaines après : *fermeture de l'anus iliaque par son procédé (Entérorraphie latérale).*

Obs. 58. — *Fermeture d'un anus cœcal pour rétrécissement du rectum.*

Quénu, ibidem.

Femme 24 ans, présentant des signes de rétrécissement rectal depuis 1899. Elle contracte la syphilis en 1903.

Le 19 janvier 1904, on pratique un anus iliaque. La malade gagne 5 livres en 15 jours et l'état général se remonte rapidement.

Le 22 mars. On extirpe par le périnée 12 cm. de rectum.

Le 14 juin 1904. *Fermeture de l'anus iliaque* par entérorraphie latérale. Guérison.

Obs. 59. — *Cancer de l'anse sigmoïde. Obstruction. Anus contre nature. Extirpation. Suture circulaire.*

Ranzi, Archiv. f. Klin. Chir. résumée *in thèse Cavaillon, Lyon*, 1905, *p.* 256.

Le 19 novembre 1902. Laparotomie à gauche. Gros intestin météorisé. On trouve dans la région inférieure de l'S, une tumeur dure, circulaire. Ligature du mésentère. Extériorisation de la tumeur y compris les ganglions. Suture de la paroi. 5 heures et demie après, on ouvre l'intestin au thermo.

21 novembre. On enlève la tumeur au thermo.

On essaie divers traitements de l'anus contre nature. On écrase l'éperon à l'entérotribe de Mickulicz, et on oblitère la fistule avec du taffetas collant. Echec.

Le 16 mars. Incision circonscrivant l'A. c. n. On libère l'intestin après avoir ouvert le péritoine. On ouvre largement la lumière intestinale et on pratique l'entérorraphie circulaire à 2 étages. Guérison.

Obs. 60. — *Anus contre nature consécutif à une appendicite suppurée. Cure radicale.*

Rioblanc. Congrès de chirurgie, 1897.

Homme, 22 ans. Le 10 janvier 1897, laparotomie latérale pour crise d'appendicite durant depuis 8 jours. 5 jours après, il s'écoule des matières fécales par la plaie qu'on avait largement drainée. Le 20 janvier, état général grave, fièvre. Le 24, on constate un vaste épanchement pleural. Opération de l'empyème d'urgence. Dans les jours qui suivirent, l'état général fut très grave. La plaie abdominale s'était désunie et laissait voir la face antérieure du cœcum avec un point en voie de sphacèle. Peu à peu, l'état général s'amende et fin mai la suppuration pleurale a disparu. La fistule stercorale donne passage à la presque totalité des matières. Le 5 juin, cure radicale de la fistule. On tamponne l'orifice fistuleux à la gaze iodoformée. Incision elliptique circonscrivant l'orifice, avec deux prolongements en haut et en bas. Ouverture du péritoine. On protège la grande cavité par des compresses et on

extériorise le cœcum et l'îlot de paroi qui adhère. Coprostase par un aide. Excision des tissus cicatriciels et péri-fistuleux. Suture latérale du cœcum à trois plans (1 total, 2 séro-séreux). Drainage. Réfection de la paroi. Guérison parfaite, sans incidents.

Obs. 61. — *Etranglement herniaire. Anus contre nature consécutif. Cure radicale.*

Routier, Bull. et Mém. Soc. de chirurgie de Paris, t. XXXIV, 30 novembre 1909.

Homme, 62 ans. Hernie inguinale gauche étranglée. A l'opération, il s'écoule du pus fécaloïde : l'intestin est perforé dans le sac. On laisse donc un anus contre nature.

Quatre mois après, on intervient pour fermer cet anus contre nature. On circonscrit l'anus par une incision elliptique et on pénètre dans le péritoine. On trouve le cœcum et l'appendice engagés dans l'anneau : résection de l'appendice et entérorraphie latérale sur le cœcum. Guérison.

Obs. 62. — *Fistule stercorale consécutive à une appendicite. Cure radicale.*

Siraud, in thèse Vallat, Lyon, 1901, *p.* 77.

Femme 32 ans. Plusieurs crises antérieures d'appendicite. A l'entrée, tuméfaction dans la fosse iliaque droite. Vomissements, fièvre. Opération d'urgence : pus stercoral, perforation appendiculaire. Il persiste une fistule stercorale. Un mois après, on tente la cure radicale. Laparotomie latérale. On trouve une perforation du cœcum sur laquelle on fait l'entérorraphie latérale. Guérison.

Obs. 63. — *Fistule stercorale consécutive à une appendicite. Cure radicale.*

Siraud, In thèse Vallat, p. 79.

Homme, 20 ans. Crise classique d'appendicite, tuméfaction iliaque. On incise et on ouvre un volumineux abcès. Un mois après, les matières commencent à passer par la plaie. Peu à peu, toutes les matières passent par là. L'état général devient mauvais.

Au bout de quatre mois, on tente la cure radicale. On fait la laparotomie latérale (comme dans le cas précédent, par incision elliptique autour de l'anus). On trouve une perforation du cœcum qu'on ferme par entérorraphie latérale. Guérison.

Obs. 64. — *Fistule stercorale due à une appendicite, après ostéite sacro-iliaque. Cure radicale. Guérison.*

Villar, in thèse Lécureuil, Paris 1901, *p.* 48.

Homme, 19 ans. On fait un grattage pour lésions sacro-iliaques. Il reste une fistule. Quelque temps après, il sort des matières fécales par la plaie opératoire. On intervient : on trouve l'appendice fistulisé dans la plaie. On le réséque. Le cæcum présente une ulcération. On la suture par le procédé par abrasion de Chaput. Guérison.

ENTERORRAPHIE LATERALE PORTANT SUR L'INTESTIN GRELE

Obs. 65. — *Occlusion intestinale post-opératoire. Anus contre nature. Entérorraphie latérale. Guérison.*

André, in thèse *Aerts, Nancy* 1904, *p.* 37.

Garçon de 10 ans. Opéré d'appendicite aiguë le 25 juillet 1902. Vers le 17 août, il présente des accidents d'obstruction. On décide une intervention. Incision parallèle à la première, à un travers de doigt au-dessus. Cæcum et anses grêles voisines dilatées, recouvertes d'adhérences. On fait un anus artificiel sur une anse grêle dilatée. Les suites sont simples. Les matières reprennent peu à peu leur cours normal. Il passe peu de matières par l'anus contre nature.

16 *septembre.* — On tente la fermeture par *le procédé de Chaput.* Quatre jours après, la fistule s'est reformée.

4 *octobre.* — On essaie la thermo-cautérisation sur la petite fistulette bordée de muqueuse. Echec.

24 *octobre.* — On essaie de nouveau le procédé de Chaput, mais on entre presque d'emblée dans le péritoine. Dans ces conditions, on libère rapidement l'ansé et on fait l'*entérorraphie latérale.* Drainage. Suture. Suites simples. Guérison.

Obs. 66. — *Péritonite tuberculeuse guérie depuis dix-sept ans. Nouvelle poussée de granulie péritonéale. Nouvelle laparotomie. Fistule stercorale. Cure radicale par entérorraphie.*

Delore, in *Delore et Thévenet. Traitement de l'anus contre nature. Lyon Chirurgical, tome I,* n° 2, 1908, p. 127.

Femme âgée de 40 ans. Opérée, il y a dix-sept ans, par Poncet,

pour une péritonite tuberculeuse. La guérison se maintient jusqu'en octobre 1907. A ce moment, elle revient à l'hôpital pour des accidents abdominaux, probablement une nouvelle poussée péritonéale. L'opération montra une symphyse péritonéale complète. On dut décoller pas mal d'adhérences ; mais ce fut tout et l'on referma l'abdomen. Quinze jours après, se déclara une fistule au niveau de la paroi : elle a persisté depuis.

On constate deux orifices, un en haut, l'autre en bas de la ligne de suture abdominale ; l'écoulement des matières intestinales est continu. La malade, très résistante, demande avec insistance une opération.

Le 12 *juin* 1908, M. Delore circonscrit la cicatrice de laparotomie dans une incision elliptique ; on arrive dans le péritoine qui présente une symphyse totale. L'orifice fistuleux est découvert et avivé (3 cm. × 2 cm.). On est obligé de pratiquer l'entérorraphie à deux plans au catgut numéro 0. La résection serait impossible à cause des adhérences qui fixent le mésentère. La suture, pratiquée perpendiculairement à l'axe de l'intestin, n'a pas rétréci la lumière intestinale.

Suture de la paroi en un seul plan au fil métallique. Guérison sans incidents.

Obs. 67. — *Empalement ; plaie d'intestin ; entérorraphie ; péritonite ; entérostomie ; septicémie ; bains froids ; entérorraphie latérale ; guérison.*

Pauchet. Bull. et Mém. de la Soc. de chir., n° 32, 17 nov. 1909.

Fillette de 8 ans, empalée sur le montant d'une barrière : déchirure de la cloison recto-vaginale, du rectum et pénétration dans l'abdomen.

Choc très marqué. 17 heures après l'accident, laparotomie médiane. Portion sus-ombilicale de l'abdomen saine. La portion sous-ombilicale et le bassin sont souillés de couennes péritonitiques, de sérosité louche et de matières ; il y a une perforation du rectum près du Douglas et une déchirure du côlon pelvien. Suture de cette dernière. Drainage du Douglas par le rectum. On cloisonne le bassin en suturant le côlon pelvien à la vessie. Anus iliaque gauche pour dériver les matières.

Deux jours après, entérostomie à droite, débâcle, septicémie, Bains froids. Succès immédiat.

1 mois après, fermeture de l'anus contre nature. Entérorraphie sur le grêle après incision de la fistule, sans résection intestinale. Le soir la température atteint 41°2, état très grave. Bains froids. Succès complet. Guérison.

Obs. 68. — *Hernie étranglée avec gangrène de l'anse herniée. Anus contre nature consécutif. Cure radicale. Laparotomie. Entérorraphie latérale.* Il y avait un éperon assez prononcé ; mais il s'effaçait facilement. Guérison.

Potherat, Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris, t. XXXV, n° 27, 1909, p. 927.

Obs. 69. — *Hernie étranglée avec gangrène de l'anse. Anus contre nature consécutif. Cure radicale. Laparotomie. Entérorraphie latérale. Guérison.*

Potherat, ibidem.

Obs. 70. — *Anus contre nature consécutif à une appendicite. Cure radicale. Guérison.*

Potherat. Congrès de chirurgie, 1897 et in thèse *Cochot, Paris* 1899.

Garçon de 14 ans. Appendicite suraiguë, perforante. Laparotomie latérale. Ablation de l'appendice perforé ; lavage de l'abdomen. Douze jours après, les matières fécales passent par la plaie. Bientôt, toutes les matières passèrent par là.

Trois mois après, fermeture de cet anus par entérorraphie longitudinale, après complète libération de l'anse. L'anus siégeait sur le grêle. Guérison définitive sans incidents.

CHAPITRE II

ENTÉRECTOMIE

Sous le nom d'*entérectomie* on désigne la résection d'un segment intestinal. Après cette opération on réunit le plus généralement les deux bouts d'intestin l'un à l'autre, soit par la suture, *entérorraphie circulaire,* soit par un *bouton anastomotique,* soit par une *anastomose latérale.* La première entérectomie paraît avoir été faite par Ramdhor, en 1727. Il réséqua une portion d'intestin grêle longue de deux pieds et sphacélée dans une hernie étranglée. Il sutura les deux bouts l'un à l'autre, et sa malade guérit. Il paraissait naturel d'employer une méthode analogue pour traiter les anus contre nature. Aussi vint-elle à l'esprit de Dupuytren, lorsqu'en 1828 il s'occupait du traitement de cette infirmité. Mais il recula devant les dangers que présentait à son époque une semblable intervention : « L'adhérence qui a fait le salut des malades lorsque l'anus accidentel a été établi, pourrait-elle être détruite sans les exposer de nouveau à tous les dangers qu'ils ont courus à cette époque ? Mais cette adhérence fût-elle détruite, il resterait une perte de substance irréparable, dont on serait autant et plus embarrassé qu'avant la destruction de l'adhérence. Il est vrai que l'adhérence étant une fois détruite, on pourrait, à l'imitation de Ramdhor, invaginer l'un des bouts d'intestin dans l'autre, les maintenir tous deux dans cet état à l'aide d'une suture, et les replacer ensuite dans le ventre. Mais il n'est personne

qui ne sente les dangers et les difficultés de cette méthode, et l'exemple donné par ce chirurgien ne sera jamais imité par aucun praticien raisonnable ; agir ainsi serait, en effet, remettre en question tout, jusqu'à la vie des malades. »

Pourtant Roux (*Archives de Médecine*, 1826, t. XVII), la même année, n'hésitait pas à essayer la résection dans un cas d'anus iléo-vaginal. Il est vrai que la malade succomba 36 heures après. La méthode disparut de la pratique chirurgicale. Mais elle n'était pas tombée dans l'oubli. L'avènement de la doctrine listérienne, l'antisepsie, et plus tard l'asepsie, ouvrirent un large champ aux opérations abdominales et, en 1882, Julliard pouvait dire (in *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1882) : « L'entérectomie secondaire est certainement et de beaucoup le procédé le plus sûr et le plus prompt pour guérir l'anus contre nature. » Les observations étaient assez rares à cette époque. La première tentative datait de 1863, par Kinloch, en Amérique. Hüter, en 1876, avait repris cette idée en Allemagne. Mais ce sont les faits de Schede, de Dittel, de Billroth, qui ont contribué à vulgariser l'opération. Et, depuis lors, de nombreux chirurgiens apportent de nouvelles observations. En 1881, Rydygier en cite 18 cas ; en 1883, Barette en donne 29, Heimann 37, Pollosson 29 ; en 1884, Makins établit une statistique sur 39 cas ; en 1886, Hertzberg arrive à 41 ; en 1889, Gœtz atteint 77. Nous avons pu réunir 59 observations d'entérectomie pour une cure radicale d'anus contre nature. Ces observations sont toutes postérieures à la thèse de Gœtz (1890). Il est intéressant de les séparer des cas apportés par ce dernier auteur. Car Gœtz, et ceux qui l'ont précédé dans ce travail de statistique, ont recueilli les mêmes observations, échelonnées de 1863, avec le fait de Kinloch,

à 1889. Or, à cette époque, la chirurgie abdominale ne faisait que naître ; elle était en période évolutive, les techniques n'étaient pas précisées et les chirurgiens n'avaient pas encore l'habitude des opérations sur l'intestin. Ce qui montre bien cette influence, c'est le taux de la mortalité. Sur 77 cas, Gœtz rapporte 25 morts ; sur 59, nous n'avons plus que huit décès. Encore verrons-nous plus loin que cette mortalité doit être réduite. Depuis Gœtz, il n'y eut d'ailleurs pas de travail d'ensemble sur la question. Les thèses d'Olier, de Jeannin, d'Aerts, de Robert ne rapportent que des observations isolées et personnelles, de même que le travail de Delore et Patel. Le volumineux travail de Lieblein et Hilgenreiner, très documenté au point de vue bibliographique, n'est qu'un ouvrage didactique. Nous avons pensé qu'il était intéressant de refaire, à notre époque, cette étude, et d'essayer de dégager ce que peuvent donner nos méthodes opératoires si bien réglées.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

D'une façon générale, le plan opératoire est le suivant :

1° Fermeture de l'anus contre nature ;

2° Laparotomie : on pénètre d'emblée dans la cavité abdominale ;

3° Recherche de l'anse adhérente. Coprostase en aval et en amont de la fistule. Section de l'intestin. Résection de l'anus et de l'intestin adhérent ;

4° Rétablissement de la continuité des voies digestives ;

5° Fermeture de l'abdomen.

Nous étudierons successivement chaque temps en détail, indiquant au cours de cette description les variations que les chirurgiens ont cru devoir faire.

A. **Premier temps**. — *Fermeture de l'anus contre nature*. — Un des premiers soucis du chirurgien est de se mettre à l'abri des écoulements qui peuvent se produire par l'ouverture intestinale. Pour cela, il pratique l'oblitération de l'anus. Le plus généralement, l'opérateur dissèque rapidement autour de l'anus une petite collerette cutanée. Un surjet à la soie ou une suture en bourse de ces lambeaux permet d'obtenir une occlusion parfaite. D'autres fois (Forgue, Estor, Cabeça) un tampon de gaze simplement aseptique ou iodoformée, ou imprégnée de teinture d'iode, est enfoncé dans chaque bout intestinal. Cette

méthode a l'avantage de permettre, au cours du travail intra-péritonéal, de faire reconnaître par la palpation l'anse fistuleuse, quelquefois perdue dans une masse d'anses adhérentes. Mais ce tamponnement peut gêner la résection, et au cours d'une laparotomie prudente et bien conduite, il nous paraît superflu de mettre ainsi un indicateur pour reconnaître l'anse malade. De sorte que le premier moyen nous paraît préférable, à moins toutefois que l'écartement des bords cutanés de l'anus soit un empêchement insurmontable à leur suture.

B) **Second temps**. — *Ouverture de la cavité abdominale.* — La technique varie ici, on peut dire, avec le chirurgien. L'étude de nos observations nous montre pourtant que la laparotomie, mot étant pris ici dans un sens étymologique, peut porter en trois endroits différents :

a) Tout d'abord, quelques chirurgiens (voir observations Chaput, Clairmont, Delore, Durand, Estor, Faure, Forgue, Gangolphe, Herczel, Jeannin, Lejars, Patel, Pollosson, Pousson, Reclus, Sieur) font une *incision elliptique, circonscrivant l'orifice de l'anus,* et pénètrent ainsi dans la cavité abdominale en isolant un îlot de paroi auquel l'anse fistuleuse reste adhérente. On peut, dans cette manière de faire, profiter de l'incision cutanée que l'on a déjà faite en vue de l'oblitération extemporanée de l'anus.

b) D'autres, dans des cas d'anus à la suite de hernies crurales ou d'appendicites (voir observations de Butler, Delore et Chalier, Jeannin, n° 80, Richelot) ouvrent le péritoine dans une zone avoisinant l'anus, dans les cas que nous citons par une *incision parallèle à l'arcade crurale.*

c) D'autres enfin, après oblitération de l'anus, ouvrent la cavité abdominale franchement en dehors de la zone

périfistulaire par une *incision médiane ou parallèle au bord externe du muscle grand droit* (voir observations de Cabeça, Cavaillon, Delbet, Douriez, Ferrand, Kessler, Maire, Murphy, Pantaloni, Veau).

Citons pour mémoire l'observation de Braun (113), où après avoir fait une incision parallèle à l'arcade crurale, l'opérateur fit une autre incision verticale rejoignant l'extrémité inférieure de la première et releva ainsi un vaste lambeau triangulaire. On fait ainsi, croyons-nous, des délabrements inutiles de la paroi abdominale.

C) **Troisième temps.** — *Section de l'intestin. Résection de l'anse adhérente et de l'anus.* — Ce temps varie évidemment suivant le lieu où a porté l'ouverture du péritoine. La coprostase étant faite par des pinces, par les doigts d'un aide ou par des compresses nouées sur l'intestin, on sectionne ce dernier au thermo-cautère. Suivant la longueur que l'on veut retrancher de la circulation digestive, il faut ou non faire une résection du mésentère. Le plus souvent, on devra faire une excision mésentérique. Suivant les règles usuelles de l'entérectomie, on pratiquera l'*excision cunéiforme* de préférence à l'*excision losangique* de Madelung, plus difficile à suturer. Si l'on a pénétré dans l'abdomen par l'incision circumfistulaire, ce temps est terminé ; il ne reste plus qu'à rétablir la continuité de l'intestin. Sinon, il faut rapidement sectionner la paroi abdominale dans toute son épaisseur et extirper la zone de paroi traversée par l'anus, zone à laquelle l'anse fistuleuse est laissée adhérente.

Cabeça et Veau (obs. 71 et 112) ont employé une méthode qui se rapproche un peu du procédé donné par Trendelenburg en 1894. Après section de l'intestin et rétablissement de la continuité, ils dévaginent, par l'ouver-

ture de l'anus, les portions intestinales qui y sont restées adhérentes. Cabeça se contenta de les lier au ras de la peau et de les sectionner. Veau disséqua les tissus péri-fistulaires. Cette méthode ne paraît pas très recommandable, car en plus de la difficulté d'exécution, l'étalement en plein champ opératoire de la muqueuse intestinale, qui est loin d'être aseptique, peut donner lieu à des inoculations dangereuses.

D) **Quatrième temps**. — *Rétablissement de la continuité des voies digestives.* — Nous arrivons au temps le plus délicat et le plus difficile de toute l'intervention. C'est de sa bonne exécution que dépend le succès de l'opération. Il faut agir, rapidement, bien entendu, pour abréger la durée de l'anesthésie, mais sans hâte aucune, et avec un soin méticuleux des sutures et des affrontements séro-séreux. Nous avons divisé nos observations suivant les méthodes employées. La réunion intestinale se fait de deux façons : *par des sutures* (entérorraphie circulaire ou anastomose latérale), ou par un *bouton anastomotique* (bouton de Murphy, plus ou moins modifié). A part cinq observations où le mode opératoire n'est pas indiqué, nous avons réuni 18 cas d'*entérorraphie circulaire* (soie ou catgut), 23 d'anastomose ou bouton de Murphy, et 13 d'anastomose latérale à la suture. Nous avons séparé l'entérorraphie circulaire de l'anastomose latérale, car les techniques sont tout à fait différentes, et la première semble réclamer plus de soins et paraît plus difficile à exécuter. Nous allons décrire sommairement ces différentes techniques.

a) *Entérorraphie circulaire.* — Les procédés en sont extrêmement nombreux. Ils se décomposent en plusieurs genres : 1° *procédés par affrontement non séreux* (Mori-

sani, Chaput, Villa ; 2° *par affrontement séreux ;* par invagination et suture (Hohenhausen, Senn, Casati, Paul, Robinson, Maünsell, Harris, Briggs, Chaput, Frey, Doyen), par la ligature (entérodèse Neuber, Duplay et Cazin, Hagopoff, Ulman, etc.) ; 3° *par adossement à l'aide de sutures* (Wölfler, Bier, Jaboulay, Hallsted, Kocher, Counel, Bishop, Franck, Sachs, Kümmer, Matas, Brokard, Mayo-Robson, Lebesgue, Landerer, Souligoux, Chaput, Doyen).

Nous ne décrirons ici que le procédé classique, procédé de Wölfler, qui est le plus employé et qui consiste essentiellement à faire un surjet séro-séreux sur les demi-circonférences postérieures, puis un surjet muco-muqueux ; on continue le surjet muco-muqueux (ou total) sur la demi-circonférence antérieure, et on termine en enfouissant cette ligne de suture sous un surjet séro-séreux antérieur. Il faut soigner particulièrement la suture au niveau de l'insertion mésentérique. Jeannin, dans sa thèse, rapporte une observation (obs. 87) où la mort fut causée par un défaut de la suture au niveau du mésentère. Quelques chirurgiens, pour faciliter les sutures, se sont ingéniés à trouver des cylindres résorbables qui, introduits dans l'intestin, fournissent un plan résistant, et qui puissent disparaître pour ainsi dire *in situ*. C'est ainsi que Maire (obs. 82) a suturé l'intestin sur un *cannelon*, gros tube, long de six à huit centimètres, en pâte alimentaire durcie et stérilisé par un passage à l'étuve sèche à 130 degrés. Cette méthode rappelle beaucoup celles de Hauhenhausen et de Wackerhagen. Elle ne présente d'ailleurs par un très grand intérêt. Les sutures sont aussi faciles à faire sans point d'appui intra-intestinal, et le calibre de l'intestin reste aussi perméable.

b) *Anastomose au bouton.* — L'idée de se servir d'un même instrument pour calibrer l'intestin et obtenir la soudure des lèvres, n'est pas neuve. D'après Jeannel, c'est à Denans, de Marseille (1826), que nous en sommes redevables. Les auteurs que nous avons cités dans le paragraphe précédent s'étaient servis de cylindres résorbables. Denans utilisa des bagues d'acier. Baudens l'imita en employant un appareil composé d'un anneau d'acier et d'un anneau de caoutchouc. Henroz, Bonnier, Ramaugé avaient proposé des appareils peu commodes, quelquefois dangereux. Il faut arriver jusqu'à Murphy, qui, en 1892, décrivit son bouton anastomotique dans le *Medical Record*. La première application à l'homme fut faite en 1894, par Walker (obs. 108). Villard, Jaboulay, Mathieu, modifièrent l'instrument de Murphy. Chaput proposa un bouton malléable. Mais les chirurgiens restent pour la plupart fidèles au « Murphy » ou au « Murphy-Villard ». Aussi ne décrirons-nous que la technique à suivre avec ces derniers boutons. Ils se composent essentiellement de deux pièces ajourées, une mâle et une femelle, montées chacune sur un cylindre central et pouvant s'ajuster l'une dans l'autre par simple pression. La description minutieuse de cet instrument nous entraînerait sans aucun intérêt hors de notre sujet. Qu'il nous suffise de dire que l'on fixe chacune des pièces dans un bout de l'intestin par un fil passé en bourse. En réunissant les deux pièces, l'anastomose est faite et les séreuses adossées. La continuité est rétablie, et l'on peut abandonner l'anse à elle-même (après suture mésentérique, bien entendu). On peut, si l'on veut parfaire la réunion, faire un surjet séro-séreux de sûreté. D'après Murphy et Jaboulay, ce n'est pas nécessaire. Toutes ces manœuvres peuvent être très rapides, et tout chirurgien doit savoir se servir des boutons anastomotiques, qui peu-

vent rendre de grands services. On peut d'ailleurs faire aussi bien, aussi facilement et aussi vite l'anastomose latérale que l'anastomose termino-terminale.

C'est pourquoi, dans nos observations, nous avons réuni les cas dans lesquels on s'est servi de bouton anastomotique, qu'on ait fait des réunions bout à bout ou latérale. Le point intéressant de la méthode consiste en l'utilisation de l'appareil de Murphy.

c) *Anastomose latérale.* — Enfin, on peut, au lieu de réunir les extrémités intestinales à la suture, faire l'anastomose latérale, c'est-à-dire aboucher l'une à l'autre des ouvertures faites sur chaque bout d'intestin. On arrive à ceci en faisant l'anastomose latéro-latérale, ou termino-latérale.

Dans le premier cas, on suture en cœcum les deux extrémités de l'intestin. Puis, sur le flanc de chaque anse, on fait au bistouri une incision et on anastomose les deux anses par sutures des lèvres de ces ouvertures, en recouvrant toujours les surjets muco-muqueux ou totaux par un ou plusieurs plans de surjets séro-séreux. On termine par la suture du mésentère.

Dans le deuxième cas, on ne suture en cœcum que l'une des extrémités intestinales, en général le bout distal ; sur le flanc de ce segment intestinal, on fait une incision, à laquelle on vient aboucher l'orifice du bout proximal, toujours à l'aide des sutures classiques. Puis on réunit le mésentère. Ces méthodes sont surtout utiles quand les deux anses afférente et efférente ont une grosse différence de calibre, empêchant toute réunion bout à bout.

Nous n'avons pas insisté sur tous les points de technique intéressants de ces différents modes de réunion intestinale. Nous ne faisons que les signaler, en renvoyant

aux traités spéciaux pour leur description complète, et en particulier à l'ouvrage si documenté et si clair de Jeannel, *La Chirurgie de l'Intestin.*

E) **Cinquième temps.** — *Fermeture de l'abdomen.* — Les sutures étant parachevées et revues minutieusement, on fait la toilette de l'anse avec des tampons formolés et on la réduit dans l'abdomen. Quelques chirurgiens la fixent à la paroi, près de l'incision. Le plus généralement, on draine, soit avec de la gaze, soit avec un tube de caoutchouc. Il est utile de drainer, car on peut avoir une légère réaction péritonéale, et quelquefois, comme dans les cas de Ruotte (obs. 106), de Richelot (obs. 107), de Kammerer (obs. 182), l'entérectomie peut aboutir à un échec. Le drainage peut alors éviter la péritonite septique fatale.

DISCUSSION — RESULTATS

La technique opératoire comporte donc, comme nous venons de le voir, des variations assez étendues. Elles portent sur deux points : l'endroit où doit être pratiquée la laparotomie, la façon de rétablir la continuité des voies digestives. Il ne saurait y avoir de méthode absolue.

Envisageons, en effet, d'abord le premier point : Où devrons-nous ouvrir l'abdomen ? Ce qui doit nous guider ici, est, pensons-nous, la nature de la lésion qui a abouti spontanément ou non à l'anus contre nature. Si nous avons affaire à un anus causé par un étranglement herniaire, ce qui est le cas le plus fréquent, une appendicite, un traumatisme, nous sommes certains que le tube intestinal est sain d'un bout à l'autre, que nous n'aurons pas à intervenir sur des anses autres que l'afférente et l'efférente. Dans ce cas, on doit avoir recours à l'*incision circumfistulaire,* en réséquant un large morceau de paroi. L'asepsie du champ opératoire peut s'obtenir dans de bonnes conditions, même sur une peau très infectée. Un large badigeonnage à la teinture d'iode (voir thèse de Galliard, Montpellier, 1909, écrite sous l'inspiration du professeur Estor), suivant la méthode de Grossich, peut même suffire. Les manipulations intestinales sont limitées aux anses aboutissant à l'anus et il n'y a aucun intérêt à ouvrir l'abdomen sur la ligne médiane, d'autant plus qu'il faut

nécessairement extirper l'anus, ce qui complique et allonge l'opération.

Mais si, au contraire, nous sommes appelés à traiter un anus chirurgical, établi d'urgence pour une occlusion de cause déterminée, comme cela arrive le plus souvent, nous devons avant tout rechercher la cause de cette occlusion, et pour ce faire, si nous n'avons eu aucune indication lors de l'établissement de l'anus contre nature, il faut, de toute nécessité, pratiquer une laparotomie exploratrice, qui pour être utile doit être médiane ou juxta-médiane. D'autant plus que si nous sommes en présence d'une lésion qui nécessite l'extirpation, comme une tumeur du côlon, par exemple, nous laisserons fonctionner encore l'anus contre nature pour mettre nos sutures à l'abri des matières fécales. Nous reprendrons ensuite dans une troisième opération la cure de l'anus, et cette fois nous pourrons avoir recours à l'incision circumfistulaire.

Le second point est plus difficile à discuter. La réunion bout à bout paraît évidemment la meilleure. Frouin et Pozerski, dans une note à la Société de Biologie (1906), étudiant chez l'animal les différents modes d'anastomose (terminale et latérale), concluent que l'anastomose latéro-latérale est loin d'être bonne. Il se forme aux dépens des extrémités intestinales, dépassant la bouche anastomotique, un cœcum, et il se fait là quelquefois des obstructions secondaires. Desfosses (*Presse Médicale*, 1906) pense aussi que la réunion bout à bout est la meilleure. Encore faut-il qu'elle soit possible. La seule condition est dans la presque-égalité des calibres des anses à réunir. Nous avons omis à dessein le procédé de l'entérorraphie longitudinale de Chaput, dont nous n'avons pas trouvé d'exemple dans nos observations. Mais devons-nous réunir à la suture ou au bouton ? C'est exposer ici la ques-

tion des « suturistes » et des « boutonnistes », suivant l'expression de Monprofit, agitée déjà au Congrès de Chirurgie de 1897. Il est impossible de donner une réponse immuable. La suture est difficile et relativement longue à bien faire. Mais une suture bien faite vaut, suivant Roux, beaucoup mieux qu'un bouton. Entre les mains d'un opérateur rompu à la chirurgie intestinale, la suture sera le procédé de choix. Mais pour la majorité des chirurgiens, il vaut mieux s'adresser aux boutons anastomotiques, qui leur permettent de faire une réunion parfaite et sûre, en un temps relativement court. Il est bon d'ajouter que le bouton peut être le point de départ de complications. Le séjour prolongé dans le tube digestif avec troubles intestinaux, l'occlusion, le sphacèle et la perforation de l'intestin par le bouton, enfin la sténose au point d'application ont été signalés. Il y a donc quelques inconvénients à se servir du bouton. Mais ces complications sont rares, et le bouton de Murphy doit être employé chaque fois que l'on aura besoin d'aller vite.

Etudions nos observations à ce point de vue. Nous avons :

Sutures	31 cas,	26 guérisons,	5 décès
Bouton.....	23 cas,	20 guérisons,	3 décès

Les décès se sont produits de la façon suivante. Pour les sutures :

Obs. 87 (Pollosson). — Ouverture de 2 m/m au niveau des points de suture du bord mésentérique.

Obs. 88. (Lapeyre). — Péritonite (?) Sutures hermétiques.

Obs. 122 (Delbet). — Shock opératoire.

Obs. 123 (Reclus et Chaput). — Péritonite.

Obs. 124 (Weiss) — Péritonite. (?)

Pour le bouton :

Obs. 109 (Forgue). — Hémorragie, Shock. Difficultés à la mise en place du bouton.

Obs. 111 (Peck). — Péritonite. Suture hermétique.

Obs. 110 (Frey). — Péritonite aiguë antérieure à l'opération.

Nous voyons facilement que, en gros, nous avons 16,1 0/0 de décès par les sutures et 13,4 0/0 par le bouton. Mais en examinant les observations, nous voyons facilement que la malade de Delbet, cachectique et morte de shock, ne doit pas être comptée ; nous n'avons donc plus que 13,3 0/0. Quant au bouton, le malade de Frey était déjà en pleine péritonite. Cela fait 9 0/0. Ces chiffres sont donc comparables, quoique légèrement en faveur de l'anastomose par bouton.

Etudions maintenant les résultats globaux de l'entérectomie.

Nous avons : 59 observations : 50 guérisons, 1 échec, 8 morts.

Nous ne relevons d'abord qu'un seul échec : celui de Ruotte, obs. 107, pour une cause due à des lésions tuberculeuses de l'intestin et de l'appendice. La méthode ne doit pas ici être mise en cause. Sur du tissu malade, les sutures ne tiennent pas et quelle que soit la méthode qu'on emploie l'échec est presque fatal.

Au point de vue mortalité, sur 59 interventions, il n'y a que 8 morts. C'est-à dire 13,55 0/0. Mais, comme nous l'avons vu déjà, toutes ces morts ne sont pas imputables à l'opération. La malade de Frey était vouée à une mort fatale et celle de Delbet a succombé au shock opératoire, bien que l'intervention n'eût pas été très longue (1 h. 30) ; mais elle était très anémiée et déjà cachectique. Quant au malade de Pollosson, obs. 87, succombant à une périto-

nite causée par un hiatus dans la suture, nous pensons qu'il ne doit pas être compté, car c'est un accident qui ne doit pas se produire. Il est inhérent à la méthode, mais il faut, avant de réduire une anse intestinale suturée, s'assurer de l'étanchéité des sutures qu'on vient d'appliquer. Cela ne met pas à l'abri des complications péritonéales qui peuvent éclater si facilement quand on opère sur la muqueuse intestinale qui est ultra-septique. Mais ce sont des morts qu'on peut éviter. Quoi qu'il en soit, en faisant abstraction des cas de Frey et de Delbet, la mortalité baisse à 10,52 0/0. En soustrayant le cas de Pollosson, elle se réduit à 8,91 0/0. En somme, on peut dire que la léthalité varie de 8 à 10 pour cent.

Il est intéressant de comparer ce pourcentage à celui des statistiques antérieures. Certains auteurs déclarent les résultats de l'entérectomie « malheureusement peu encourageants ». Ils se basaient sur des statistiques en effet un peu sombres, même dans ces dernières années.

Nous trouvons, en effet.

En 1881	Rydigier	33,3 0/0
1882	Julliard	32 0/0
1883	Von Bergmann	40 0/0
1883	Bouilly	37,7 0/0
1883	Pollosson	37.7 0/0
1883	Barette	44,8 0/0
1883	Heimann	37,8 0/0
1884	Reichel	37,8 0/0
1884	Makins	38,4 0/0
1886	Hertzberg	26,8 0/0
1888	Petit	37,3 0/0
1889	Goetz	32,5 0/0
1895	Le Dentu	26,49 0/0
1901	Delore et Patel	19,04 0/0

1901 Clairmont 18,7 0/0
1908 Delore et Thévenet..... 10 0/0

Nous voyons nettement la mortalité diminuer à mesure que la technique chirurgicale progresse, ce qui est d'ailleurs un fait commun à toutes les interventions abdominales. C'est encore plus marqué pour ces 10 dernières années. En effet, nous avons réuni 32 observations postérieures à 1900. Sur ces 32 cas, 2 fois seulement un dénouement fatal est survenu. Et encore un de ces cas est-il celui de Delbet (mort par shock). Cela fait en gros une mortalité de 6,25 0/0. En éliminant le cas de Delbet, nous n'obtenons plus que 3,22 0/0, ce qui est véritablement infime. C'est donc une opération qu'on peut presque qualifier de bénigne ; quant à la guérison, on l'obtient d'emblée et totale. Aussi, dirons-nous avec Delore, contrairement aux idées de Gœtz et de Le Dentu, que le chirurgien doit savoir que l'entérectomie est presque l'opération de choix : elle supprime la lésion. L'anastomose au bouton la simplifie, abrège sa durée et augmente encore sa sécurité.

Dans quels cas devrons-nous faire l'entérectomie. Après ce que nous avons dit de l'entérorraphie latérale et de la technique de l'entérectomie, nous pensons que cette opération est indiquée dans les cas suivants :

1° Anus ou fistule de dimensions assez considérables, siégeant sur l'intestin grêle ;

2° Vaste anus siégeant sur le côlon ;

3° Présence d'un éperon volumineux ;

4° Présence d'une tumeur extirpable dans le voisinage de l'anus ;

5° Absence d'adhérences ou facilité de décollement de l'intestin autour de la zone fistuleuse.

On voit que certaines de ces conditions à remplir ne

seront vérifiées qu'une fois le ventre ouvert. Aussi le devoir s'impose-t-il au chirurgien d'orienter sa technique qui lui paraîtra la plus simple, quand il aura les pièces en main, soit l'entérorraphie latérale, soit l'entérectomie, soit enfin l'entéro-anastomose dont nous traiterons au chapitre suivant.

En résumé, l'entérectomie, qui autrefois était une opération extrêmement grave, a vu baisser sa mortalité jusqu'à n'être que de 6,25 p. 100. Sa technique est, à l'heure actuelle, bien précise ; la réunion intestinale aux boutons anastomotiques est à conseiller. Appliquée dans les cas que nous avons indiqués précédemment, elle aboutit à la guérison certaine, sans faire courir au malade d'autres risques que ceux inhérents à toute laparotomie.

Tableaux

Entérectomie suivie d'entérorraphie circulaire

INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	CAUSE DE L'ANUS	RÉSULTAT	
Cabeça. — In Vasconcellas Exclusao total do intestino. Lisboa., 1898.	F. 70	Hernie crurale étr.	Guérison.	
Chaput. — Thèse Philippe.	F. 39.	H. crurale dr. étr.	Guérison.	
Durand. — Archives provinciales de Chirurgie, août 1895.	F. 19.	Laparotomie pour annexite.	Guérison.	
Estor. - Personnelle.	H. 13.	Anus chirurg. pour occlusion.	Guérison.	
Gangolphe. — Thèse Regad.	F. 44.	Hernie étranglée.	Guérison.	
Herczel. — Orvosi-hetil. Budapest, 1899.	F. 50.	Hernie crur. droite étranglée.	Guérison.	
Pollosson. — In thèse Jeannin. Lyon, 1894.	F. 39.	Hernie crur. droite étranglée.	Guérison.	
Id.	H. 35.	H. inguin. dr. étr.	Guérison.	
Id.	F. 40.	Hernie crur. dr. étr.	Guérison.	
Saintive. — Thèse Paris, 1904.	F. 67.	Hernie crur. droite étranglée.	Guérison.	
Lapeyre. — In thèse Ollier. Montpellier, 1896.	F. 56.	Hernie crur. dr. étr. par un bandage.	Guérison.	
Maire. — Centre médical et pharmaceutique, 1910.	H. 58.	Hernie crur. gauche étranglée.	Guérison.	
Pollosson. — In thèse Jeannin.	F. 50.	Hernie ing. droite étranglée.	Guérison.	
Pousson. — Bull. Soc. Chirurgie. Paris, 1903.	F. 73.	Hernie crur. droite étranglée.	Guérison.	
Sieur. — Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris, 1906.	H. 28.	2 Anus chirurgicaux pour retrécissement rectal.	Guérison.	
Tavel. — Revue de Chirurgie, 1903.	F. 67.	Occlusion.	Guérison.	
Pollosson. — In thèse Jeannin.	H. 26.	Hernie ing. droite.		Mo.t.
Lapeyre. — In thèse Ollier.	F. 60.	Hernie cr. dr. étr.		Mort.

Entérectomie suivie de réunion au bouton de Murphy

INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	CAUSE DE L'ANUS	RÉSULTAT	
Butler. — Med. and. Surg. Monit Indianapolis, 1902.	H. 56	Her. cr. dr. étr.	Guérison.	
Clairmont. — Arch. f Klin. Chir. 1901.	?	Fistule ombilicale. — Péritonite tuberc.	Guérison.	
Davis. — Chicago clinical Review., févr. 1895, In-Murphy.	?	Her. étranglée.	Guérison.	
Davis. — *Loc. cit.*	?	Her. étranglée.	Guérison.	
Delore et Thévenet. — Lyon Chirurgical 1908.	H. 61	Her. ing. dr. étr.	Guérison.	
Id.	H. 53	Péritonite herniaire.	Guérison	
Id.	H. 61	Occlusion intestinale.	Guérison.	
Delore et Chalier. — Revue de Chirurgie, 1901.	F. 70	Her. cr. dte étr.	Guérison.	
Id.	F. 61	Her. cr. g. étr.	Guérison.	
Dodge. — Medical News, 1894.	Homme ?	Coup de feu.	Guérison.	
Fergusson. — In Murphy. Medical Record.	Femme	Opérations sur l'intestin.	Guérison.	
Ferraud. — In thèse Robert (Paris).	F. 35	Her. cr. dte étr.	Guérison.	
Lejars. — Bulletin Médical, 15 J., 1896.	H. 34	Appendicite.	Guérison.	
Morton. — British. Med. Journal, 1903.	F. 51	Cancer de l'intestin.	Guérison.	
Murphy. — Chicago Clinical Review. février 1895.	Femme	Laparotomie.	Guérison.	
Parkhill-Clayton. — In Murphy, *loc. cit.*	?	Appendicite	Guérison.	
Delore in Pa'el. — Lyon Médical, 1901.	F. 61	Her. cr. g. étr.	Guérison.	
Richelot. — In Thèse Touche.	F. 32	Appendicite.	Guérison.	
Ruotte — Revue de Chirurgie, 1903, XXVII, p. 795.	Homme	Appendicite tuberculeuse.	Guérison.	
Walker. — American Medical Record, 1894.	?	Laparotomie.	Guérison.	
Forgue. — Bull. de la Société de Chirurgie, 1895.	Homme	Hernie étranglée.		Mort.
Frey. — B itrage zur Klinischen Chirurgie, 1895.	H. 54	Her. étr.		Mort.
Peck. — G. d. Youngstown. Chicago Clinical Review, 1895.	?	?		Mort.

Entérectomie suivie d'anastomose latérale

INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	CAUSE DE L'ANUS	RÉSULTAT	
Veau. — In thèse Bosselut.	H. 11.	Appendicite.	Guérison.	
Braun. — Archiv. für Klin. Chir., 1896.	H. 40.	Hern. ing. dr. étr.	Guérison.	
id.	H. 38.	Hernie étranglée.	Guérison.	
Cavaillon. In thèse Lyon, 1905.	F. 40.	Occlusion.	Guérison.	
Douriez. — Echo Médical du Nord, 1902.	H. 60	Hern. ing. g. étr.	Guérison.	
Faure. — Bull. de la Soc. de Chir., Paris, 1903.	F. 28.	Laparotomie.	Guérison.	
Hache, — La Clinique, 1907.	F. 40.	Hern. ing. sphacélée.	Guérison.	
Lambret. — Echo Médical du Nord, 1 08.	H. 45.	Cancer du rectum.	Guérison.	
Pantaloni. — Archives provinciales de Chirurgie, 1905.	H. 53.	Hern. ing. dr. étr.	Guérison.	
id.	H. 24.	Coup de feu.	Guérison.	
Delbet. — In thèse Saintive.	F. ?	Hern. cr. dr. étr.		Mort.
Reclus et **Chaput.** — Archives génér. de Médecine, 1891.	F. 22.	Tuberculome cœcal.		Mort.
Weiss. — In thèse *Aerts*, Nancy, 1904.	F. 55.	Occlusion.		Mort.

Entérectomie suivie de réunion intestinale

(Sans indications sur la méthode suivie)

INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	CAUSE DE L'ANUS	RÉSULTAT	
Albarran. — Congrès de Chirurgie, 1900.	F.	Appendicite.	Guérison.	
Chalier. — Revue de Chirurgie; janvier 1910.	H.	Cancer du rectum. (opér. en 3 temps)	Guérison.	
Kessler. — In thèse, Iéna, 1902.	H. 46.	Occlusion.	Guérison.	
Newbolt. — Lancet, 1905, II, 763.	H. 45.	Occlusion.	Guérison.	
Schloffer. — In thèse Cavaillon.	H. 51.	Occlusion.	Guérison.	

OBSERVATIONS

I

ENTERECTOMIE SUIVIE D'ENTERORRAPHIE CIRCULAIRE

Obs. 71. — *Anus artificiel consécutif à une hernie crurale étranglée. Cure radicale. Guérison.*

Cabeça, in *Vasconcellas. Exclusão total do intestino. Lisboa,* 1898.

Femme, 70 ans ; bon état général. Anus artificiel consécutif à une hernie crurale droite étranglée. Toutes les matières passent par le bout supérieur. Le bout inférieur est perméable.

Laparotomie sous-ombilicale. Section en amont et en aval de l'anus. Entérorraphie circulaire rétablissant la voie intestinale. Suture des extrémités attenant à l'anus. Puis, à l'aide d'un clamp introduit par l'orifice cutané, on les évagine. On les lie au ras de la peau et on résèque tout au-delà de la ligature.

Obs. 72. — *Anus contre nature consécutif à un étranglement herniaire. Cure radicale. Guérison.*

Chaput, in thèse *Philippe. Paris* 1890, n° 112, p. 75.

Femme, 39 ans. Hernie crurale droite datant de 14 ans. Etranglement, adhérence intestinale, fistule stercorale. Guérison spontanée. Mais à la suite d'un traumatisme sur la région, l'écoulement des matières se rétablit. Opération le 21 décembre 1889. Incision verticale, dont le milieu répond à la fistule. Dissection de la fistule. Résection des bouts afférent et efférent. Abrasion de la muqueuse de chacun des bouts restants ; puis, 1° suture affrontant ces surfaces avivées ; 2° suture séro-séreuse. On ne suture pas la

plaie abdominale. Au bout de trois jours, on réduit l'intestin. Guérison.

Obs. 73. — *Anus contre nature consécutif à une laparotomie. Cure radicale. Résection intestinale et entérorraphie circulaire. Guérison.*

Durand. Archives provinciales de chirurgie, août 1895.

Femme, 19 ans. Anus contre nature consécutif à une annexectomie. Par une première opération, on essaie de fermer la plaie intestinale. On trouve deux perforations qu'on suture et on ne réduit pas les anses. Quelques jours après, les deux sutures ont lâché, les orifices sont agrandis, il y a un prolapsus de la muqueuse assez considérable.

Nouvelle opération. Incision losangique. On trouve une anse adhérente et un anus contre nature sans éperon. On résèque la portion d'intestin qui porte l'anus et on fait l'entérorraphie circulaire à la soie. L'autre anse adhérente présente une plaque fibreuse. On ne la touche pas, mais on l'accole à la paroi au voisinage d'un drain. Guérison sans incidents.

Obs. 74. — *Anus contre nature chirurgical pour occlusion intestinale. Deux échecs après tentative de fermeture extra-péritonéale. Guérison par entérectomie et entérorraphie circulaire.*

Personnelle. Due à l'obligeance de M. le professeur Estor.

H... Eugène, 13 ans et demi. Demeurant à Mauguio (Hérault).

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — A l'âge de 2 ans, bronchite, gros ventre ? amaigrissement.

Le 14 juillet 1908. — Le malade a ressenti une douleur vive et subite, localisée au début dans la fosse iliaque droite, mais rapidement généralisée à tout l'abdomen. Vomissements après ingestion d'eau chaude. Le lendemain, tout avait disparu.

Maladie actuelle. — *Le 30 août* 1908, à 10 heures du soir, douleur violente et subite, que la malade compare à un coup de couteau, dans la fosse iliaque droite. Cette douleur s'étend bientôt à tout l'abdomen. Quelques instants après, le malade a des vomissements alimentaires, puis bilieux. La dernière selle et les derniers gaz datent de 5 heures du soir.

Le 1er septembre. — Il n'y a pas eu de selle, l'état est station-

naire. Une purge n'est suivie d'aucun résultat. On fait mettre de la glace sur le ventre.

Le 2 septembre. — Le malade entre à l'hôpital. Un lavement glycériné ne produit aucun effet. T. 37° ; P. ? On pense à une occlusion intestinale de cause inconnue, peut-être une invagination.

3 septembre. — Devant la persistance des accidents, on se décide à une intervention. On fait une laparotomie latérale droite. L'exploration de la cavité abdominale ne peut être faite à cause du météorisme des anses. On pratique une entérostomie sur une anse grêle dilatée.

Le lendemain, le pansement était plein de matières fécales.

Le 5 et le 6 septembre, il y eut des selles spontanées par l'anus normal. Mais depuis cette époque, toutes les matières passèrent par l'anus contre nature.

Le 21 octobre 1908. — On tente la fermeture de l'anus contre nature. On est certain que l'occlusion n'existe plus, car l'enfant est allé à la selle normalement. D'autre part, depuis quelques jours, il maigrit, ce qui nous fait penser que l'anus contre nature est placé très haut sur le grêle. D'ailleurs, il sort par cet orifice des matières très liquides, souvent mal digérées et quelquefois une demi-heure après l'ingestion.

Pour fermer cet anus, on libère l'anse fistuleuse suffisamment pour que les bords de la perte de substance viennent facilement en contact. On peut faire ce décollement sans ouvrir le péritoine et on suture alors l'intestin en deux plans (1 muco-muqueux, 1 séro-séreux). Suture de la peau. Drainage.

Deux jours après, échec complet.

Le 15 février 1909. — On tente de nouveau la fermeture par le procédé préconisé par Savariaud. La méthode échoue complètement et il reste un anus en canon de fusil double, avec un éperon considérable.

Les jours suivants, il se produit une évagination de l'intestin, apparaissant au moindre effort et à chaque pansement on est obligé de réduire cette évagination qui a la forme d'un boudin long de 15 centimètres environ et recouvert par la muqueuse intestinale déplissée.

Le malade pourtant s'alimente. On soutient d'ailleurs son état

général par des toniques et l'on injecte chaque jour, dans le bout inférieur, environ un litre de lait ayant subi, suivant la méthode du professeur Gaucher, une digestion artificielle par du suc gastrique. Mais la peau est constamment souillée de matières fécales et couverte de profondes ulcérations et rhagades.

Le 30 mars 1909. On se décide à une nouvelle intervention. Toute la peau de la paroi abdominale est couverte d'excoriations ; il y a de profonds sillons (plus de 1 cm.), descendant de chaque côté jusqu'au trochanter. Il est manifestement impossible de pratiquer la désinfection du champ opératoire suivant les procédés habituels, la peau saignerait au moindre brossage. Aussi se résout-on à employer la méthode de Grossich, c'est-à-dire d'arroser largement toute la région infectée avec de la teinture d'iode et à enlever l'excès. On bourre les deux extrémités de l'intestin avec de la gaze imprégnée de teinture d'iode. On fait une incision elliptique, éloignée d'environ 3 centimètres de la grande fistule. On traverse rapidement la paroi abdominale et on isole ainsi un îlot de paroi, ayant à peu près la superficie de la paume de la main. En le soulevant, on voit très facilement les deux bouts d'intestin, afférent et efférent, qui ont à peu près le même calibre. Coprostase par des pinces à mors élastiques. On sectionne l'intestin au thermo. On résèque une portion de mésentère et on fait l'entérorraphie circulaire. L'anse suturée est réduite, on place un drain, et on ferme la cavité abdominale. Les parties molles sont difficiles à suturer en raison de la grande perte de substance. On parvient cependant à réunir. On place un drain superficiel. Pansement aseptique.

Suites opératoires. — Le malade a parfaitement supporté l'opération. Le soir, T : 37°5 ; P : 90 ; pas de vomissements. Pas de selles, ni de gaz.

Le 31 mars. — T. : 38° le soir. Rien d'anormal. Etat satisfaisant.

Le 1er avril. — Le pansement sent un peu. On le défait : pas de matières fécales, mais légère suppuration à bacille pyocyanique.

Les jours suivants, il se produit une légère désunion de la paroi.

Le 2 avril. — Première selle.

La guérison marche rapidement. La plaie cicatrise à plat. Le

jeune malade se nourrit parfaitement et sort complètement guéri le 15 juin.

Obs. 75. — *Anus contre nature consécutif à un étranglement herniaire. Cure radicale. Guérison.*

Gangolphe, in thèse *Regad, Lyon* 1895.

Femme de 44 ans. Etranglement herniaire avec sphacèle. On laisse un anus contre nature. Il passe rarement un peu de matières par l'anus normal. On se décide à fermer l'anus artificiel. Laparotomie. Incision circonscrivant l'anus, prolongée au-dessus et au-dessous. Il y a de nombreuses adhérences. On résèque la portion d'intestin adhérente. Entérorraphie circulaire à la soie. Guérison.

Obs. 76. — *Anus contre nature consécutif à un étranglement herniaire. Cure radicale. Guérison.*

Herczel. Orvosi-hetil., Budapest, 1899, *XLIII.*

Femme, 50 ans. Dans le courant d'*août* 1893, apparition d'une hernie crurale droite, réductible. *Le* 2 *novembre* 1893, étranglement à la suite d'un violent effort. *Le* 10 *novembre,* ouverture spontanée de la tumeur ; soulagement de la malade ; il s'écoule du pus mêlé de matières fécales. Depuis lors, les matières passent par l'anus normal, mais quand la malade est constipée, il s'en écoule une partie par la fistule qui a persisté.

Opération le 19 décembre 1893. Ether-chloroforme. Incision circulaire autour de la fistule. On ouvre la cavité abdominale. On attire au dehors l'anse fistuleuse. On résèque le canal fistuleux et 10 centimètres d'intestin. Entérorraphie circulaire à la soie. Section du ligament de Poupart. Réduction de l'intestin. Drain dans la plaie extérieure. Guérison.

Obs. 77. — *Anus contre nature consécutif à un étranglement herniaire. Cure radicale. Guérison.*

In thèse Jeannin et in thèse Saintive. Obs. due *à Pollosson.*

Femme, 39 ans. Etranglement d'une hernie crurale droite mal contenue. Phlegmon stercoral. Anus contre nature. La malade entre à l'hôpital deux mois et demi après ces accidents. Rien ne passe par le bout inférieur. Eperon très marqué.

Le 5 septembre 1893, intervention ; éther. Incision périfistulaire, prolongée en haut et en bas. On attire l'anse fistuleuse au

dehors. Résection de 6 centimètres d'intestin. Résection cunéiforme du mésentère. Entérorraphie circulaire au catgut. Réduction. Drainage à la gaze. Guérison.

Obs. 78. — *Anus contre nature consécutif à un étranglement herniaire. Cure radicale. Guérison.*

In thèse Jeannin (Pollosson).

Homme, 25 ans. Hernie inguinale droite étranglée et gangrénée. Il s'établit un anus contre nature.

Intervention : laparotomie. Entérectomie et entérorraphie circulaire. Guérison.

Obs. 79. — *Anus contre nature consécutif à un étranglement herniaire. Cure radicale. Guérison.*

In thèse Saintive, p. 53.

Femme, 40 ans. Etranglement d'une hernie crurale droite. Il s'établit à la suite un anus contre nature.

Intervention pour fermer cet anus. Incision ellipsoïde. Entérectomie, en sectionnant en tissu sain. Entérorraphie circulaire. Guérison.

Obs. 80. — *Anus contre nature consécutif à un étranglement herniaire. Cure radicale. Guérison.*

In thèse Saintive, p. 54.

Femme, 67 ans. Hernie crurale droite étranglée. Abcès stercoral. Anus contre nature. Deux mois et demi après, on ferme cet anus. Incision parallèle à l'arcade. Anus sans éperon. Il s'agissait d'un pincement latéral. On attire les anses dans la plaie et on résèque la portion adhérente. Entérorraphie circulaire. Drainage. Guérison.

Obs. 81. — *Anus contre nature consécutif à une hernie étranglée par le bandage. Cure radicale. Guérison.*

Lapeyre, in thèse Olier, Montpellier, 1896, n° 73.

Femme, 56 ans. Hernie crurale droite. Anus contre nature spontané, sans signes d'étranglement, probablement par pincement de l'intestin entre un bandage mal placé et le pubis. On extériorise avec peine les anses. Résection de l'anse fistuleuse. Entérorraphie circulaire. Guérison.

Obs. 82. — *Anus contre nature consécutif à une hernie inguinale étranglée. Cure radicale. Guérison.*

Maire. Centre Médical et Pharmaceutique. Gannat, 1909-1910, XV, 17-20.

Homme, 58 ans. Hernie crurale gauche étranglée non opérée. Fistule stercorale spontanée. Intervention pour fermer cette fistule. Laparotomie médiane. Entérectomie. Extirpation de l'anus et des deux bouts. Entérorraphie circulaire sur un *caneloni*. Consécutivement : signes d'obstruction, on fait sauter quelques points. Ponction capillaire de l'intestin. Guérison.

Obs. 83. — *Anus contre nature pour étranglement herniaire. Cure radicale. Guérison.*

Pollosson, in thèse Jeannin.

Femme, 50 ans. Hernie inguinale droite étranglée. Le médecin établit un anus contre nature. Six mois après, cure radicale. Incision circonférentielle, décollement des adhérences. Résection intestinale. Entérorraphie circulaire. Drainage. Guérison.

Obs. 84. — *Anus contre nature consécutif à une hernie étranglée et sphacélée. Cure radicale. Guérison.*

Pousson. Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, juillet 1903.

Femme, 73 ans. Entre le 16 décembre 1902 à l'hôpital pour une hernie crurale droite étranglée depuis quatre jours ; opération d'urgence ; anse intestinale gangrenée. Anus contre nature. Suites simples. Mais l'anus a un large orifice avec éperon. Après trois mois, on se décide à intervenir.

27 *mars* 1903. — Incision de l'abdomen par une ligne courbe dont le milieu correspond à la fistule. Isolement de l'anse assez difficile à cause de nombreuses adhérences. Inégalité manifeste des deux bouts : l'inférieur est rétréci de moitié. On ne peut faire l'entérorraphie latérale. On fait alors une résection intestinale, suivie d'entérorraphie circulaire. Drainage à la gaze. Suites très simple. Guérison complète le 9 mai.

Obs. 85. — *Rétrécissement dysentérique du rectum. Deux anus iliaques successifs. Résection du rectum. Anus coccygien. Fermeture successive des deux anus contre nature. Guérison.*

Sieur, Bulletins et Mém. de la Société de chirurgie de Paris, 1906, XXXII, 1061.

M. X..., 28 ans. *En septembre* 1895, dysenterie ; depuis cette époque, périodes d'aggravation et de calme. *En* 1901, tumeur dure, douloureuse, dans la fosse iliaque gauche, selles rubanées, etc... au toucher rectal : rétrécissement du rectum. *En* 1902, on essaye la dilatation du rectum par des bougies. *En* 1903, le malade va faire une cure à Plombières. Il en revient en assez bon état, mais *en* 1904, les douleurs recommencent. *Le 20 octobre* 1904, premier temps d'un *anus iliaque gauche* sur l'S iliaque, qu'on extériorise à l'aide d'une compresse. *Le 2 octobre,* quelques signes d'occlusion. On ouvre l'anse au thermo. L'état général se remonte. Mais bientôt apparaissent des douleurs sur le trajet du gros intestin, les matières passent par le rectum, malgré la côlostomie. On fait, le 10 *janvier* 1905, un *anus iliaque droit* sur la portion terminale du grêle. *Le* 11 *février* 1905, *résection du rectum, anus coccygien. Le* 14 *mars* 1905, fermeture de l'anus iliaque droit. On le ferme d'abord en bourse, puis on le circonscrit par une incision. *Résection de l'anus et des anses afférente et efférente. Entérorraphie circulaire.* Après quelques troubles intestinaux, tout marche bien, et le 13 *mai,* on ferme l'anus iliaque gauche. Incision circonférentielle, libération des adhérences intestinales, avivement de la collerette cutanée entourant l'anus, avivement aux ciseaux courbes du pourtour muqueux. Suture en refoulant la muqueuse en dedans et en ne prenant que la séro-musculeuse. Deuxième plan enfouissant le précédent. Réduction de l'intestin. Suture de la paroi sans drainage. Guérison.

Obs. 86. — *Iléus suite d'obstruction par noyaux de cerises en amont d'une sténose sigmoïde due à la compression par un myome utérin. Anus artificiel. Hystérectomie. Fermeture de l'anus. Iléus. Anus définitif. Guérison.*

Tavel. Revue de chirurgie, 1903, XXVIII, 775.

Mme A..., 67 ans. Phénomènes d'obstruction datant de douze jours. Gros myome utérin. Deux hernies crurales non étranglées.

Le 20 juillet 1900 : opération. Les hernies ne sont pas étranglées. Cure radicale à gauche. Hystérectomie. 24 *juillet :* les signes d'iléus reparaissent ; colostomie sur le côlon descendant. Débâcle par l'anus artificiel d'un grand nombre de noyaux de cerises. L'état général se remonte facilement. *Le 2 décembre :* il n'est plus passé de matières par le rectum. Sous anesthésie, on explore celui-ci : sténose rigide à la partie supérieure du rectum. On la dilate. A partir de ce moment, les selles passent par le rectum. *Le 1er mars* 1901, on ferme la côlostomie. Résection de la partie adhérente. Entérorraphie circulaire. Guérison.

Le 20 mars. — Nouveaux accidents d'iléus. Nouvelle laparotomie le 26 mars. On ne peut pas faire d'anastomose intestino-rectale. On fait un anus sous-ombilical sur l'anse oméga définitif. Guérison.

Obs. 87. — *Anus contre nature établi pour une hernie non étranglée (?) Echec de l'entérotome. Cure radicale. Mort.*

In thèse Jeannin. Pollosson.

Homme, 26 ans, porteur d'un anus contre nature. Avait une hernie inguinale droite : l'anus contre nature aurait été établi par le médecin sans signes d'étranglement. Un mois plus tard : application de l'entérotome, sans aucun résultat.

Amaigrissement rapide. Mauvais état général. On fait alors l'entérectomie et l'entérorraphie circulaire. Mort de péritonite suraiguë.

A l'autopsie, on trouve, au niveau des sutures, près du bord mésentérique, une ouverture dans l'intestin de 2 mm. de diamètre environ.

Obs. 88. — *Anus contre nature consécutif à un étranglement herniaire. Cure radicale. Mort.*

Lapeyre, in thèse Olier.

Femme, 60 ans. Hernie crurale droite étranglée et sphacélée. On laisse un anus contre nature. Intervention pour fermer cet anus. Incision parallèle à l'arcade crurale. Résection de 4 cm. du bout supérieur. et de 3 cm. du bout inférieur. Entérorraphie circulaire. Suites mauvaises. Mort trois jours après de péritonite. A l'autopsie, on ne trouve pas la cause de la péritonite. Les sutures avaient bien tenu.

II

ENTERECTOMIE SUIVIE DE REUNION AU BOUTON DE MURPHY

Obs. 89. — *Hernie crurale compliquée d'adhérences. Etranglement, nécrose et perforation. Résection intestinale secondaire et entéro-anastomose. Guérison.*

Butler. Med. and Surg. Monit. Indianapolis, 1902, V, 308-310.

Homme, 56 ans. Hernie crurale droite étranglée. L'anse contenue est sphacélée par endroits. On draine et il s'établit un anus contre nature.

Un mois après, on intervient pour fermer cet anus. On fait une laparotomie parallèle au ligament de Poupart. Résection de 4 pouces et demi d'intestin ; résection en V du méso. Anastomose bout à bout avec le bouton de Murphy. Guérison.

Obs. 90. — *Fistule ombilicale. Cure radicale. Guérison.*

Clairmont. Arch. f. Klin. Chir. 1901, vol. 63, p. 691.

Fistule ombilicale consécutive à une tuberculose intestinale et péritonéale. Incision circulaire. On ouvre le péritoine. On libère pas mal d'adhérences. La fistule porte sur le côlon. Résection d'un segment colique. Apposition latérale au bouton des deux segments fermés en cœcum. Guérison.

Obs. 91. — *Hernie étranglée. Sphacèle. Cure radicale de l'anus contre nature.*

Davis in *Murphy. Chicago Clinical Review, février* 1895.

Anus contre nature consécutif à une hernie étranglée avec sphacèle de l'intestin. Cure radicale de l'anus contre nature. Résection de quatre pouces d'intestin. Anastomose terminale au bouton de Murphy. Guérison.

Obs. 92. — *Davis, loc. cit.*

Anus contre nature consécutif à une hernie gangrénée. Cure

radicale de l'anus contre nature. Résection de trois pouces d'intestin grêle. Anastomose terminale au bouton de Murphy. Guérison.

Obs. 93. — *Hernie étranglée. Réduction en masse. Péritonite. Anus contre nature. Cure radicale. Guérison.*

Delore et Thévenet. Lyon chirurgical, 1908, I, 2, p. 126.

Homme, 61 ans. Entre à l'hôpital le 9 mai 1908. Depuis six jours, étranglement d'une hernie inguinale droite. Ne voulant pas subir d'opération, il réduisit ou se fit réduire violemment sa hernie. Son état empira. Dans les trois derniers jours, il n'eut plus de vomissements, mais il n'y a eu ni selle, ni gaz, et le météorisme a beaucoup augmenté. Matité dans les fosses iliaques, pouls à 120. T : 38°1. On pense à une réduction en masse avec sphacèle de l'intestin. Laparotomie sous-ombilicale. Liquide louche dans le péritoine, étranglement au niveau de l'anneau inguinal profond. Par une légère traction, on attire au dehors l'anse étranglée, longue de 7 à 8 centimètres, sphacélée, verdâtre, avec deux perforations. Il s'écoule 200 grammes de pus à odeur fécaloïde. On place des drains et des mèches dans la cavité péritonéale et on laisse l'intestin sous la compresse. Cette anse se sphacèle complètement dans la suite. Le malade guérit contre toute attente et il resta un anus contre nature avec éperon. Aucune selle par le rectum.

15 *juin* 1908. — Intervention pour fermer cet anus. On obture l'anus par deux lambeaux cutanés qu'on rebrousse en dedans et qu'on suture. Puis, on ouvre le péritoine et on résèque 15 centimètres d'intestin. Anastomose termino-terminale au bouton de Murphy-Villard. On trouve de très nombreuses adhérences dans tout le petit bassin et jusqu'à l'ombilic. Guérison.

Obs. 94. — *Péritonite herniaire (?). Anus contre nature. Cure radicale. Guérison.*

Delore et Thévenet. Lyon Chirurgical, 1908, I, 2, p. 125.

Homme, 53 ans. Entre à l'hôpital le 26 octobre 1904. Depuis cinq jours, violente et brusque douleur abdominale autour de l'ombilic. Vomissements ; les derniers sont fécaloïdes. Constipation absolue. Hernie inguinale droite réductible. Abdomen douloureux ; météorisme masquant le péristaltisme. T : 38°1. P : 100.

On pense à une occlusion incomplète ou à une péritonite par perforation.

Le 27 octobre. — Petite incision médiane sous-ombilicale : sérosité blanche dans le bassin. Organes abdominaux sains, y compris l'appendice. Toutefois l'anse grêle contenue dans le sac herniaire et que l'on attire au dehors est recouverte de fausses membranes purulentes. Y a-t-il eu péritonite herniaire primitive ? On draine par cette incision. On en fait une autre sous-ombilicale : quelques gouttes de pus dans le péritoine. On trouve une anse grêle très distendue siégeant à 1 m. de l'angle duodéno-jéjunal. On l'incise au bistouri et on fixe l'ouverture intestinale à la paroi. Les jours suivants : état précaire, pouls 130 ; ballonnement ; vomissements. Puis, tout se calme et le 6 novembre, on considérait la guérison comme établie. La défécation est régulière, mais il sort par l'orifice intestinal une grande quantité de bile et de matières alimentaires. On décide la fermeture.

8 *décembre* 1904. — On fait une entérectomie typique après dissection d'une collerette cutanée et musculaire, et ouverture du péritoine. Anastomose terminale au bouton de Murphy-Villard. Il y avait un éperon mésentérique assez prononcé. Guérison.

Obs. 95. — *Occlusion intestinale par bride d'origine appendiculaire. Anus contre nature. Cure radicale. Guérison.*

Delore et Thévenet. Lyon Chirurgical, 1908, I, n° 2, p. 115.

Homme, 61 ans. Symptômes d'occlusion depuis le 10 novembre 1905. Bonne santé antérieure. Le 14 *novembre*, vomissements fécaloïdes depuis 24 heures. Ni selle, ni gaz depuis le début des accidents. Météorisme. Défense musculaire. Péristaltisme sous-ombilical. A la percussion, le cœcum ne paraît pas distendu. Pouls, 90. Température et respiration normales. Laparotomie sous-ombilicale. Occlusion par coudure d'une anse fixée à l'appendice par une bride. Section de la bride. On établit un anus artificiel. Suites simples. De temps en temps, selle rectale. Mais bientôt, la dénutrition s'accuse, le malade se désespère, la peau s'enflamme. On tenta d'abord la *compression*, la *cautérisation*, la *suture des bords de la fistule*. Le 18 décembre, on essaie la méthode de Biondi qui aboutit à un échec complet, et laisse un anus contre nature avec éperon.

Le 13 janvier 1906. Cure radicale. Entérectomie de 12 à 15 cen-

timètres d'intestin. Anastomose termino-terminale au bouton de Murphy-Villard. Guérison totale.

Obs. 96. — *Anus contre nature consécutif à un étranglement herniaire. Cure radicale. Guérison.*

Delore et Chalier. Revue de chirurgie, 1901, XXIII, p. 685.

Femme, 70 ans. Anus contre nature consécutif à une hernie crurale droite étranglée. On obture l'anus par un lambeau cutané, puis, par une incision parallèle à l'arcade, on pénètre dans l'abdomen. On reconnaît les deux bouts accolés en canon de fusil. Section en tissu sain. Anastomose terminale au bouton de Murphy-Villard. Extirpation des deux bouts et de l'anus. Guérison. Expulsion du bouton au 30e jour.

Obs. 97. — *Phlegmon herniaire. Anus contre nature. Cure radicale. Guérison.*

Delore et Chalier, loc. cit.

Femme, 61 ans. Anus contre nature consécutif à une hernie crurale gauche étranglée, ayant donné lieu à un phlegmon herniaire et opérée le 15 janvier 1901. Cure radicale de l'anus contre nature. Incision péritonéale d'emblée. On reconnaît facilement les deux bouts accolés. Section en tissu sain. Extirpation de l'anus et des segments intestinaux y attenant. Anastomose terminale au bouton de Villard. Guérison.

Obs. 98. — *Coup de feu de l'abdomen. Fistules stercorales. Nombreuses tentatives de fermeture. Echecs successifs. Première laparotomie. Entérectomie. Entéro-anastomose terminale. A. c. n. Deuxième laparotomie. Cure radicale de cet anus. Guérison.*

Dodge, Medical News, juin 1894, *in* thèse *Touche.*

Blessure par coup de feu du poignet gauche et de l'abdomen. Fistules stercorales de l'iléon et du côlon. Plusieurs tentatives de sutures latérales. Echecs. Dodge prend la résolution de « clore la fistule ou de clore la carrière terrestre du patient ». Première laparotomie : résection intestinale sur le grêle. Anastomose termino-terminale au bouton de Murphy. On établit un a. c. n. sur le côlon. Un mois et demi après, deuxième laparotomie. Résection de quatre pouces de côlon. Anastomose termino-terminale avec un bouton de Murphy de taille spéciale. Autoplastie pour la paroi. Guérison.

Obs. 99. — *Anus contre nature consécutif à une opération sur l'intestin. Cure radicale. Guérison.*

All. Hugh. Fergusson, in *Murphy. Medical Record.*

Femme. Fistule stercorale de la région iléo-cœcale après une opération sur l'intestin. Entérectomie. Résection du côlon. Implantation termino-latérale de l'iléon dans le côlon au bouton de Murphy. Guérison.

Obs. 100. — *Anus contre nature consécutif à un étranglement herniaire. Cure radicale. Guérison.*

Ferrand, in thèse *Robert, Paris,* 1905, p. 103.

Femme 35 ans. Hernie crurale droite étranglée, sphacèle de l'intestin. Anus contre nature. Pas d'éperon, mais l'anus est très haut situé sur l'intestin. Deux mois après, intervention pour délivrer la malade de son infirmité. Laparotomie parallèle au bord externe du droit. La fistule siège à 60 centimètres du duodénum. Entérectomie. Anastomose termino-terminale au bouton de Murphy. Guérison.

Obs. 101. — *Anus contre nature consécutif à une appendicite. Cure radicale. Guérison.*

Lejars, Bulletin Médical, 15 janvier 1896.

Homme 34 ans. Anus contre nature siégeant au niveau de la fosse iliaque droite, probablement à la suite d'une appendicite, ouvert sur l'intestin grêle. Première tentative : suture latérale des perforations. Echec. Un mois après, l'A. c. n. date alors de trois mois ; deuxième intervention : incision dans le foyer, libération des adhérences tout autour des anses (dernière partie de l'iléon) ; entérectomie, anastomose termino-terminale au bouton de Murphy. Guérison.

Obs. 102. — *Occlusion intestinale. Côlostomie. Cure radicale de l'A. c. n. et extirpation d'une tumeur de l'S iliaque. Mort huit mois après.*

Morton, British Med. Journal, 29 octobre 1903, p. 1149.

Femme 51 ans. Obstruction intestinale. On fait la côlostomie et on trouve une tumeur du côlon sigmoïde. Cinq jours après, on résèque la tumeur et l'A. c. n. Réunion de l'intestin au bouton anastomotique. Mort huit mois après de récidive.

Obs. 103. — *Fistule stercorale après la laparotomie. Echec de l'entéro-anastomose. Cure radicale par entérectomie. Guérison.*

Murphy, Chicago Clinical Review, février 1895.

Femme. Fistule stercorale après extirpation d'un kyste de l'ovaire adhérent. On fait plusieurs tentatives infructueuses de fermeture de la fistule. Au bout de deux ans : incision abdominale, anastomose latérale au bouton de Murphy entre les deux bouts de l'intestin. Echec. Une autoplastie échoue aussi. L'état général s'altère. Neuf mois après cette laparotomie, on intervient de nouveau : dissection et ligature de la fistule. Laparotomie médiane. Résection de 25 pouces d'intestin (on enlève aussi toute l'anse portant la fistule et l'anastomose). Réunion termino-terminale au bouton. Guérison.

Obs. 104. — *Fistule stercorale après appendicite. Cure radicale. Guérison.*

Parkhill Clayton, in Murphy, loc. cit.

A. c. n. consécutif à une appendicite. Intervention pour traiter cette fistule. Résection de la portion terminale de l'iléon. Anastomose termino-latérale dans le côlon, au bouton. Guérison.

Obs. 105. — *Anus contre nature consécutif à une hernie étranglée. Cure radicale. Guérison.*

Delore, in Patel, Lyon Médical, 1901.

Femme 61 ans. Hernie crurale gauche étranglée. Phlegmon stercoral. Anus contre nature avec éperon marqué. Un mois après, 26 février 1901, cure radicale. Incision elliptique autour de l'orifice anal. Résection intestinale. Anastomose termino-terminale au bouton de Villard. Guérison.

Obs. 106. — *Fistule stercorale datant de 26 ans, probablement due à une appendicite. Deux entérectomies successives. Guérison.*

Richelot, in thèse *Touche,* p. 12.

Femme 32 ans. Etant enfant, à l'âge de 6 ans, portait une petite tumeur à droite, que le médecin prit pour un abcès et qu'il ponctionna : il s'établit une fistule sur le cœcum. Vingt-six ans après, la malade veut se faire débarrasser de cette fistule. Laparotomie parallèle à l'arcade. Cœcum adhérent ; déchirure du cœcum. Libération difficile du côlon et du grêle. Résection totale du cœcum en

lambeaux. Anastomose au bouton de Murphy. Phlegmon stercoral. Une fistule se rétablit. Six mois après, nouvelle laparotomie parallèle à l'arcade, à 6 cm. au-dessus du pli inguinal ; épiploon adhérent. Section du grêle en tissu sain. Suture terminale. Anastomose latéro-latérale avec le côlon ascendant au bouton de Murphy. Dans les jours qui suivent, quelques matières passent par la fistule. Neuf jours après, le bouton est éliminé par les selles. Guérison. De temps en temps, quelque sérosité par la fistule.

Obs. 107. — *Fistule due à une appendicite tuberculeuse. Cure radicale. Echec. Mort quatre mois après.*

Ruotte. Revue de Chirurgie, 1903, XXVII, p. 795.

Homme. Chasseur alpin. Appendicite tuberculeuse. Opération au cours d'une crise aiguë en juin 1902. Fistulisation, il sort du pus et des matières fécales. On incise sur le trajet de la fistule. Cœcum friable. On résèque 6 cent. d'iléon, 10 cent. de gros intestin. Anastomose latérale au bouton de Murphy. Il se forme une nouvelle fistule intestinale par réouverture d'un des bouts. Mort quatre mois après l'opération. A l'autopsie : lésions considérables, ulcéreuses du gros intestin. La bouche anastomotique fonctionnait bien.

Obs. 108. — *Anus contre nature consécutif à une laparotomie. Cure radicale. Guérison.*

O. Walker, American Medical Record, juin 1894.

A. c. n. consécutif à une laparotomie. Plusieurs tentatives de fermeture ont échoué. On se décide à la laparotomie : résection de quatre pouces d'intestin. Anastomose termino-terminale au bouton de Murphy. Guérison.

Obs. 109. —*Anus contre nature siégeant sur le cœcum. Résection intestinale. Réunion bout à bout par le bouton de Murphy. Difficultés de la technique. Hémorragie. Mort.*

Forgue. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1895, XXI, p. 549.

Homme. Anus inguinal droit d'origine herniaire. Prolapsus énorme des deux bouts. Il y a déjà eu une résection des deux bouts prolabés. Récidive. Intervention pour traiter cet anus. On obture par une gaze stérile à l'iodoforme les deux bouts d'intes-

Un. Puis on fait une incision perpendiculaire à l'arcade de 12 cent. environ à son extrémité inférieure ; elle rejoint une incision elliptique circonscrivant l'anus. Dissection et isolement des deux bouts. Entérectomie. Réunion au bouton de Murphy. Difficultés très grandes dues à l'hypertrophie des parois intestinales. Hémorragie difficile à arrêter. Mort en 48 heures.

Obs. 110. — *Anus contre nature consécutif à un étranglement herniaire. Cure radicale. Mort*

Frey, Beitrage zur Klinischen Chirurgie, 1895.

Homme 54 ans. Anus contre nature consécutif à une hernie étranglée et gangrénée. Intervention : résection intestinale. Anastomose termino-terminale au bouton de Murphy recouverte par un sujet à la Lembert. Mort 40 heures après de péritonite, le pus étant déjà hors de l'appareil. L'anastomose était hermétique.

Obs. 111. — *Anus contre nature. Intervention pour le traiter. Mort*

Park, G. S. Youngstown, Chicago Clinical Review, février 1895.

Large fistule fécale. Résection de quatre pouces d'iléon. Anastomose termino-latérale au bouton de Murphy. Mort de péritonite septique 28 heures après l'opération. L'anastomose semble avoir été étanche.

III

ENTÉRECTOMIE SUIVIE DE RÉUNION PAR ANASTOMOSE LATÉRALE

Obs. 112. — *Anus contre nature consécutif à une appendicite. Cure radicale. Guérison.*

Veau, in thèse Bosselut, p. 53.

Garçon de 11 ans. 23 *mars* 1895. crise appendiculaire. Opération d'urgence le 31 mars. Le 7 *avril*, le pansement est plein de matières fécales. Large perforation du cæcum et de la terminaison de l'iléon. Les selles par le rectum se suppriment. L'état général

décline. En *août, intervention.* 18 *août* : laparotomie médiane. Section du gros intestin et du grêle en aval et en amont de la fistule. Pinces sur les bouts attenants à l'anus c. n.. Suture des bouts utiles. Anastomose latérale du grêle et du côlon. Extirpation des deux segments attenants à l'anus en les dévaginant par celui-ci et en sectionnant les adhérences qui les retiennent. Drainage par l'orifice. Suites inquiétantes les premiers jours. Puis rétablissement et guérison.

Obs. 113. — *A. c. n. après hernie étranglée. Cure radicale. Guérison.*

Braùn, Arch. für Klin. Chir., 1896, p. 417.

Homme 40 ans. Hernie inguinale droite étranglée, laissant une fistule stercorale. Trois mois après (8 oct. 1891), opération pour la fermer. Elle est située au-dessus de l'arcade fémorale. Incision de 15 cent. parallèle à l'arcade : paquet intestinal adhérent. Seconde incision médiane. On relève ainsi un vaste lambeau triangulaire. Libération de l'anse fistuleuse. Section des anses afférente et efférente. Suture. Anastomose latérale entre ces anses. Ablation de l'anse fistuleuse. Drainage. Guérison.

Obs. 114. — *Anus artificiel pour étranglement herniaire. Cure radicale. Guérison.*

Braùn, loc. cit.

Homme 38 ans. Hernie étranglée sphacélée. Anus artificiel établi le 13 *février* 1898. Le 23 *mars*, opération pour oblitérer l'anus. Résection des deux anses afférente et efférente. Oblitération de leur lumière par suture. Anastomose latérale. Guérison.

Obs. 115 — *Occlusion intestinale par cancer de l'S iliaque. Anus artificiel. Cure radicale par extirpation de la tumeur et de l'anus. Guérison.*

Cavaillon, in thèse Lyon, 1905, p. 253.

Femme 40 ans. Sœur garde-malade. Occlusion intestinale aiguë datant de 7 jours. Constipation antérieure marquée. Opération d'urgence le 9 *avril* 1901. Laparotomie. Cancer de l'S iliaque. Anus artificiel sur l'S iliaque, à quelques centimètres au-dessous de la tumeur. Deuxième opération le 21 *mai* 1901. On circonscrit l'anus par une incision ovalaire. On le ferme par une pince de

Kocher. Laparotomie médiane sur l'ancienne cicatrice. Adhérence de l'intestin. Anastomose latéro-latérale, puis résection de la portion portant la tumeur et l'anus. Drainage. Guérison.

Obs. 116. — *Anus herniaire datant de 37 mois. Guérison.*

Douriez, Echo Médical du Nord, 13 avril 1902.

Homme 60 ans. Hernie inguinale gauche étranglée. Kélotomie. Anus c. n. 37 mois après. Laparotomie. Résection intestinale. Entéro-anastomose latéro-latérale. Drainage. Guérison. Amélioration très rapide de l'état général et de l'état psychique.

Obs. 117. — *Fistules stercorales après hystérectomie. Cure radicale. Guérison.*

Faure, Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris, 1903, XXIX, p. 698.

Femme 28 ans. En 1897, hystérectomie pour lésions annexielles. Consécutivement, fistule stercorale à la partie supérieure de l'incision, un peu au-dessous de l'ombilic. En 1899, première tentative de fermeture (?) Echec. Il y a 6 mois, phénomènes inflammatoires au niveau de la fistule, qui devient beaucoup plus grande et plus complexe. Il y a quatre orifices. Opération le 7 *avril* 1902. On ferme le cloaque par un fil de soie. Par une incision le circonscrivant, on pénètre dans l'abdomen. Il y a une anse grêle complètement incluse et aboutissant par ses deux bouts à la paroi. On la réséque. Le bout inférieur du grêle est rétréci et trop étroit pour permettre une entérorraphie circulaire avec le bout supérieur. On ferme alors ces deux bouts du cæcum et on fait une anastomose latérale entre le bout de l'iléon et le côlon ascendant. Drainage. Guérison. Mort deux ans après de tuberculose pulmonaire.)

Obs. 118. — *Anse herniaire. Cure radicale. Guérison.*

Hache, La Clinique, 1907, p. 309.

Femme à 40 ans. Hernie inguinale étranglée sphacélée, traitée par l'extériorisation de l'anse. Bon état général. Au bout de 30 jours, résection de l'anus et de 3 cent. environ de chaque bout d'intestin. Suture latéro-latérale. Guérison, malgré de graves imprudences de la malade.

Obs. 119. — *Anus iliaque pour cure de cancer du rectum. Fermeture de l'A. c. n. Guérison.*

Lambret, Echo médical du Nord, 1908, XII, p. 107.

Homme 45 ans. Cancer du rectum. Anus iliaque gauche. Extirpation du rectum par le Kraske. Fermeture de l'anus. Résection intestinale. Entéro-anastomose latérale. Guérison.

Obs. 120. — *Anus herniaire. Cure radicale. Guérison.*

Pantaloni, Archives provinciales de Chirurgie, 1905, t. XIV, p. 132.

Homme 53 ans. A. c. n consécutif à une hernie inguinale droite étranglée (probablement phlegmon stercoral). Huit mois après, cure de l'anus. Obturation de l'anus par un lambeau disséqué autour de l'anus. Laparotomie parallèle au bord externe du droit. Résection du cœcum et de la portion terminale de l'iléon. Implantation de l'iléon dans le côlon. Drainage. Guérison.

Obs. 121. — *Anus contre nature après coup de feu de l'abdomen. Cure radicale. Guérison.*

Pantaloni, loc. cit.

Homme 24 ans. Coup de revolver dans le flanc gauche : perd les urines et les matières fécales. Peu à peu, les matières seules passent. Quelques mois après opération : occlusion de l'anus par un lambeau cutané. Laparotomie parallèle au bord externe du grand droit. On est en présence d'une perforation du coude gauche du côlon. Résection de cet angle gauche. Anastomose termino-latérale. Fermeture sans drainage. Guérison.

Obs. 122. — *Anus herniaire. Cure radicale. Mort par shock.*

Delbet, in thèse Saintive, p. 68.

Femme. Entrée le 6 avril 1903 à la clinique du docteur Delbet. Elle porte un a. c. n. dans la région crurale droite consécutif à un phlegmon autour d'une hernie crurale étranglée. Mauvais état général. Cachectique. Aucune selle par le rectum.

Opération le 2 mai. Laparotomie. Fausses membranes dans le péritoine. Anse de 14 cent. allant de l'orifice herniaire au cœcum. Elle est oblitérée au voisinage de l'A. c. n. Bout supérieur distendu par les matières. Résection de toute la partie malade du bout supérieur. Résection de tout le bout inférieur. Entérorraphie

latérale sur le cœcum. Implantation terminale du grêle sur le côlon ascendant. Durée : 1 h. 30. Réveil difficile. Mort par shock.

Obs. 123. — *Anus artificiel après extirpation de tuberculome cœcal. Cure radicale. Mort.*

Reclus et Chaput, Archives générales de Médecine (1891), t. II, p. 699.

Femme 22 ans. Tumeur cœcale de nature tuberculeuse à laquelle adhèrent quatre bouts d'intestin. Extirpation suivie d'A. c. n. par suture des bouts intestinaux à la peau. Cure radicale. Laparotomie latérale tombant sur l'anus. Anastomose latérale entre les extrémités intestinales qui s'y rendent après résection des portions touchant à l'anus. Mort en 48 heures.

Obs. 124. — *Anus artificiel pour obstruction. Cure radicale. Mort.*

Weiss, in thèse Aerts. Nancy, 1904, p. 50.

Femme 55 ans. Obstruction intestinale. Laparotomie médiane. Anse tordue et gangrénée. A. c. n. Guérison avec un anus énorme.

On essaie pour la femme le procédé de Chaput. Echec. Deuxième intervention. Entérectomie. Suture termino-latérale. Mort de péritonite deux jours après.

IV

ENTERECTOMIE SUIVIE DE REUNION INTESTINALE (SANS INDICATIONS SUR LA METHODE SUIVIE)

Obs. 125. — *Anus contre nature après appendicite. Cure radicale. Guérison.*

Albarran, Congrès de Chirurgie, 1900.

Femme. Un frère et une sœur déjà opérés d'appendicite. En juillet 1898, accidents d'appendicite remontant à trois jours. Péritonite. Laparotomie. Assez grande quantité de liquide louche dans le péritoine. Perforation appendiculaire. Plaques gangrénées sur le cœcum dans une collection purulente fétide. A. c. n. dès les jours qui suivent. Plusieurs mois après, large résection du cœcum. Guérison.

Obs. 126. — *Opération en trois temps pour cancer ano-rectal. Guérison.*

Chalier, Revue de Chirurgie, janvier 1910, p. 100.

Homme. Cancer ano-rectal. Côlostomie. Résection du rectum. L'opéré réclame la fermeture de la côlostomie. Deux à trois mois après l'extirpation, fermeture par résection de l'anus et anastomose des deux bouts. Guérison.

Obs. 127. — *Anus colique gauche pour tumeur du gros intestin. Cure radicale. Guérison.*

Kessler, in thèse Iéna, 1902.

Homme 46 ans. Fistule colique de la région gauche de l'abdomen. Signes d'occlusion due à l'oblitération de la fistule. Dilatation. Issue de matières. Le 8 octobre, intervention. Oblitération de l'anus. Laparotomie médiane. La fistule siège sur l'S iliaque, au-dessus d'une tumeur. Résection de 20 cent. d'intestin, y compris la portion fistulisée. Mobilisation de la partie inférieure. L'anastomose (?) est difficile car on opère profondément. Drainage. Guérison. En mars 1902, bon état.

Obs. 128. — *Anus artificiel pour obstruction. Cure radicale. Guérison.*

Newbolt, Lancet, 1905, II, 763.

Homme 45 ans. Accidents d'obstruction intestinale. Anus artificiel à gauche sur le grêle. Cure de l'anus. Laparotomie. Entérectomie. Anastomose. Guérison.

Obs. 129. — *Anus contre nature pour cancer du côlon. Cure radicale. Guérison.*

Schloffer, in thèse Cavaillon, p. 256.

Homme 51 ans. Constipation depuis la jeunesse. Occlusion aiguë. Ictère indican. Au bout de onze jours, laparotomie. Carcinome de l'S iliaque. A. c. n. sur le côlon descendant. Vingt jours après, deuxième intervention. Fermeture provisoire de l'A. c. n. Résection de trois travers de doigt au-dessus de l'anus, à trois travers de doigt au-dessous de la tumeur. Guérison. On a dû mettre des bougies dans le rectum pendant un mois pour obvier à une coudure au niveau de la résection.

CHAPITRE III

ENTÉRO-ANASTOMOSE — EXCLUSION

L'idée de dériver le cours des matières intestinales pour tarir l'écoulement par un anus contre nature, n'est pas nouvelle. C'est Liotard qui paraît en avoir fait le premier mention, lorsque, dans sa thèse de 1819, il proposa une sorte de pince destinée à établir une communication entre les deux anses attenantes à l'anus. Casamayor employa aussi une pince pour le même but dans un cas d'anus iléo-vaginal. Mais ce n'étaient là que de timides tentatives et Maisonneuve, dans son *Travail sur l'étranglement intestinal* (Archives générales de médecine, 1845), imaginant un procédé précis et sûr pour faire communiquer les cavités de deux anses intestinales au-dessus d'un anus, créa l'*entéro-anastomose* latérale telle qu'on la pratique aujourd'hui. Foucher, dans sa thèse de 1857, rapporte les deux premières observations d'entéro-anastomose faites par Maisonneuve. Le succès ne répondit pas à l'originalité de l'idée.

Gély, avec son procédé qui n'est qu'une sorte d'entéro-anastomose, contribua à jeter le discrédit sur la méthode. Les chirurgiens américains qui l'utilisèrent pendant la guerre de Sécession n'obtinrent que des désastres. Hacken et Adelmann (1863) vinrent encore battre en brèche la mé-

thode en publiant les résultats d'une série d'expériences d'où ils concluaient que la portion exclue de la circulation intestinale s'encombrait de matières, s'ulcérait et constituait un gros danger pour l'opéré.

Cependant les chirurgiens apprirent à opérer aseptiquement. La technique évolua, se perfectionna. Laugier, Billroth eurent encore des insuccès, mais Von Hacker (1888) enregistra deux bons résultats, Senn obtenait de beaux succès expérimentaux. Et la pratique chirurgicale ne tarda pas à donner des guérisons. Braun, Le Dentu, Chaput et d'autres en publièrent. Cependant, même après la réussite de l'entéro-anastomose, il arriva que très souvent la fistule stercorale ou l'anus donnait encore passage à des matières. Il était logique de penser à interrompre la continuité de l'intestin entre l'anastomose et l'anus contre nature. Comte et Von Hacker plissèrent l'intestin. Le Dentu détruisit la muqueuse et fronça les autres tuniques intestinales. Mais ces méthodes peu franches n'aboutissaient généralement pas.

Salzer, Hermann et Blitstein pensèrent à sectionner l'intestin et à fermer les extrémités en cœcum. Ils pratiquaient ainsi l'*exclusion* de la portion fistuleuse. Von Eiselsberg tenta l'opération chez l'homme. Hochenegg de même. Le succès répondit à leur essai. Depuis, de nombreux chirurgiens ont pratiqué ces interventions. Goetz dans sa thèse signale à peine l'entéro-anastomose. Mais Braün, Clairmont, Delore, Jaboulay, Terrier, étudièrent cette question. Sikora en fit le sujet de sa thèse en 1902. Enfin, Hartmann présenta au Congrès de Clinique de 1903 un rapport sur l'*exclusion de l'intestin*. Actuellement, on peut dire qu'il n'est pas de chirurgien n'ayant fait une exclusion intestinale ou une entéro-anastomose.

C'est une opération devenue courante, d'une technique précise et susceptible de rendre de sérieux services.

Nous avons recueilli 61 opérations d'entéro-anastomose avec ou sans exclusion. Nous pouvons avec ces documents essayer de montrer ce qu'on doit espérer de ces méthodes dans le traitement de l'anus contre nature.

TECHNIQUES OPÉRATOIRES

Nous réunissons dans un même chapitre les techniques de l'entéro-anastomose simple, opération de Maisonneuve, et de l'exclusion de l'intestin uni ou bilatérale, opération de Salzer. Car le terme « exclusion de l'intestin » paraît, d'après les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, avoir un sens extrêmement large : pour les uns, on ne doit appeler exclusion que les opérations isolant complètement par une ou deux sections, une portion du canal intestinal : pour les autres, toute opération dérivant le cours des matières est une exclusion ; l'opération de Maisonneuve, par exemple.

Avec Wölfler et Hartmann nous classerons les variétés d'exclusion en deux classes :

1° Exclusion incomplète. Entéro-anastomose.

2° Exclusion complète avec ses deux variétés :

a) Exclusion complète unilatérale.

b) Exclusion complète bilatérale.

Avec Hartmann, nous conserverons le terme entéro-anastomose pour l'opération de Maisonneuve, *et nous réserverons le mot* exclusion *aux opérations dans lesquelles on interrompt par une ou deux sections la continuité de l'intestin.*

Le plan général de l'intervention est celui-ci :

1°) Ouverture de la cavité abdominale.

2°) Recherche de l'anse fistuleuse. Entéro-anastomose. Exclusion.

3°) Fermeture de la cavité abdominale.

Il est nécessaire d'insister sur chaque point séparément et de développer particulièrement le second. Nous les décrirons ci-dessous.

Premier temps. — *Ouverture de la cavité abdominale.* — En décrivant l'entérectomie (voir chapitre précédent), nous avons dit que, d'habitude, avant d'ouvrir le péritoine, on plaçait un surjet rapide sur l'ouverture de l'anus. Mais quand on intervient pour faire une entéro-anastomose ou une exclusion, il faut le plus souvent laisser l'anus ouvert, suivant l'expression de Salzer, comme une soupape de sûreté. Cela n'empêchera pas de le fermer par une opération secondaire quand l'anastomose intestinale aura pris son fonctionnement normal. Mais alors l'intervention portant sur l'anus sera une opération minutieuse et réglée, ne ressemblant en rien à la suture que l'on jette sur la fistule intestinale pour se mettre à l'abri des contaminations pendant l'acte opératoire.

L'incision doit être faite à distance de la lésion. Nous avons déjà vu que pour pratiquer l'entérorraphie latérale et l'entérectomie il était avantageux de faire la cœliotomie loin de la région fistuleuse. Ici c'est encore plus utile : car nous tomberons dans la zone qui entoure la fistule (le plus souvent pyo-stercorale, ayant résisté à de nombreux traitements), dans un magma d'adhérences, dont le décollement exposera facilement à la déchirure de l'intestin. La laparotomie médiane nous donnera d'habitude le meilleur jour, permettant d'explorer complètement les lésions et surtout de s'orienter dans l'abdomen, de distinguer le bout afférent et l'efférent, ce qui est en général facile si l'on opère avec méthode.

Deuxième temps. — *Recherche de l'anse fistuleuse. Opération sur l'intestin.* — La détermination de l'anse fistuleuse est généralement facile quand la lésion porte sur le cœcum. Quand on a affaire à une lésion du grêle, le plus sage est de suivre le conseil d'Hartmann : partir du cœcum et suivre l'intestin jusqu'à sa pénétration dans la masse adhérente, puis de chercher le point de cette masse où pénètre une anse saine et libre.

Les deux anses une fois trouvées, le temps délicat et important de l'opération va commencer. Nous avons trois méthodes pour traiter l'intestin. Examinons-les successivement :

1°) *Entéro-anastomose latérale.* — Il faut être économe d'intestin, mais il faut aussi s'éloigner le plus possible de la fistule. L'incision de l'intestin sera longitudinale et, sur le bord libre, en opposition directe avec le bord mésentérique. La longueur à lui donner est importante, car c'est elle qui détermine le diamètre de la future bouche anastomotique. Elle sera en moyenne de 5 à 6 centimètres. On fera l'anastomose par le procédé habituel au chirurgien. On peut diviser, avec Jeannel, ces procédés en 4 variétés :

1° Procédés par la suture ;
2° Procédés par les plaques ;
3° Procédé par la pince ;
4° Procédé par les boutons anastomotiques.

De même que pour l'entérectomie, nous ne retiendrons que les procédés par sutures et par boutons.

a) Procédé par sutures. — On suit une technique identique à celle de Wölfler pour la gastro-entérostomie : premier surjet séro-séreux postérieur. Ouverture des deux cavités intestinales au bistouri ou mieux au thermo ; surjet

muco-muqueux postérieur ; surjet muco-muqueux antérieur ; dernier surjet séro-séreux antérieur.

De nombreuses variations ont été proposées, portant sur différents points :

Maisonneuve, ne faisait qu'un seul plan de sutures, ce qui est évidemment défectueux.

Von Hacker recommande de placer les anses en position d'iso-péristaltisme, de façon à ce que l'anse supérieure jette son contenu directement dans le bout anal de l'anse inférieure.

Braün fait les sutures séro-séreuse et musculo-musculeuse avant de sectionner la muqueuse.

Hallsted ne fait que des sutures séro-séreuses, et place tous ses points avant l'ouverture de l'intestin.

Chaput, pour obtenir une anastomose plus large, fait sur chaque anse une incision en H. La technique des sutures est difficile.

Dubourg place un tube de caoutchouc pour assurer la communication et faciliter les sutures.

Les chirurgiens, inquiets sur le sort de leurs sutures, cherchèrent aussi à ne déterminer l'ouverture des cavités intestinales, qu'une fois la zone d'adhérences protectrices bien établie. Aussi voyons-nous toute une série de procédés en deux temps : de Bardenheuer, de Graw, par la ligature élastique ; de Postnikow par incision séro-musculaire et ligature de la muqueuse ; de Bastianelli, par incision musculaire simple ; enfin et surtout le procédé intéressant de Souligoux, dans lequel on écrase avec une pince spéciale très puissante les tuniques intestinales, sauf le péritoine, qui résiste seul, puis on le touche avec de la potasse caustique. On fait les sutures. Le péritoine s'escharifie et tombe en 48 heures.

Chaput combine les procédés de Postnikow et de Sou-

ligoux en incisant un lambeau séro-musculaire et en touchant la muqueuse à la potasse caustique. Nous n'insisterons pas sur son procédé, dit par la pince, qui est long, infidèle et a le défaut de donner deux fistules à traiter au lieu d'une.

Tous ces procédés sont plus ou moins avantageux. Une suture correctement effectuée est encore la plus sûre des techniques.

b) *Procédés par les boutons anastomotiques.* — Nous retrouvons ici le *bouton de Murphy* et ses nombreux dérivés (Jaboulay, Villard), le bouton de Chaput, et le bouton entérotribe de Marro. Nous avons insisté suffisamment sur les avantages réciproques des sutures et des boutons en traitant de l'entérectomie. Nous n'y reviendrons plus, car, ici aussi, il s'agit de sutures intestinales et les mêmes réflexions peuvent s'appliquer : les sutures sont excellentes, à condition de les exécuter parfaitement ; mais les boutons anastomotiques rendent de très grands services. C'est toujours au chirurgien à choisir, en se laissant guider par son habileté manuelle et son habitude des opérations intestinales.

2°) *Exclusion intestinale unilatérale.* — Dans cette méthode, on sectionne l'intestin au-dessus de la portion qu'on désire exclure, c'est-à-dire au-dessus de la fistule ou de l'anus contre nature, et l'on anastomose le bout supérieur dans une portion d'intestin située au-dessous de la partie qu'on veut exclure.

Dans la très grande majorité des cas, c'est à une anastomose iléo-colique que l'on a recours, excluant ainsi de la circulation digestive le cæcum et le côlon ascendant, on a une iléo-sigmoïdostomie, excluant ainsi presque la totalité du gros intestin.

Comment sectionnera-t-on l'intestin ? Soit au thermocautère, soit, comme le recommande Hartmann, avec une pince écrasante ; dans ce dernier cas, le plus facile à exécuter et le plus sûr au point de vue asepsie, on liera les deux bouts au catgut et on enfouira les ligatures sous des surjets non perforants.

La continuité des voies digestives sera rétablie par anastomose termino-latérale de l'iléon dans le côlon, ou latéro-latérale. Il faut signaler à ce sujet les difficultés qui peuvent se présenter dans l'exécution de ce temps en raison des franges épiploïques, comme l'ont mentionné Forgue et André.

C'est une exclusion unilatérale fistuleuse que nous avons ainsi pratiquée. Le plus souvent, elle sera suffisante. Dans de rares cas où les matières continuent à passer, on peut, dans une opération secondaire, fermer l'anus avec une grande facilité.

Pour faire cette exclusion, on peut s'adresser à tous les procédés de réunion intestinale : sutures ou boutons. Quelques-uns méritent de retenir notre attention. C'est ainsi que Le Dentu tente d'exclure la portion fistulisée en provoquant une sténose de l'intestin au-dessous de la bouche anastomotique par destruction de la muqueuse et plissement des tuniques intestinales.

Pauchet se sert de l'ouverture de l'anus contre nature pour anastomoser l'iléon au cœcum, faisant ainsi d'un seul coup la réunion intestinale et la cure radicale de l'anus.

Lardennois pratique *l'iléo-rectostomie* à l'aide de sa pince porte-bouton qu'il a présentée au Congrès français de Chirurgie en 1905.

Mais ce ne sont là que des sous-procédés, inspirés par les cas particuliers.

Une question est plus intéressante : c'est de connaître

l'étendue possible des exclusions. Il semble qu'on puisse exclure des longueurs d'intestin considérables. Dans notre observation 173, Vanverts rapporte qu'il exclut la plus grande partie de l'intestin grêle, ne conservant que 80 à 90 centimètres à partir de l'estomac. Malgré un tube digestif aussi réduit, sa malade engraissa de 10 livres en six mois et présentait un taux d'urée normal. C'est un fait exceptionnel. D'ailleurs, Poirier fait remarquer que l'auteur a pu se tromper dans l'approximation de la longueur d'intestin qu'il laissait perméable aux aliments. Cependant Roux regarde la vie comme possible avec 1 m. 50 d'intestin et la moitié du côlon. Hartmann cite le cas de Kukula, qui enleva, avec succès, les deux tiers de l'intestin grêle (au cours de l'ablation d'une tumeur mésentérique).

3°) *Exclusion bilatérale.* — Dans cette méthode enfin, on sectionne l'intestin en amont et en aval de la fistule et l'on rétablit la continuité intestinale par entérorraphie circulaire ou entéro-anastomose latérale. C'est, bien entendu, l'exclusion bilatérale *fistuleuse* que nous ferons. Il sera d'habitude inutile d'aboucher, suivant la technique d'Hochenegg, les deux extrémités de l'anse exclue à la peau. Par contre, il est dangereux d'obturer l'anus, de pratiquer l'exclusion bilatérale *fermée.*

Pour rétablir le cours des matières, le plus simple paraît être de faire, quand c'est possible, l'entérorraphie circulaire. On peut avoir évidemment recours à telle méthode qui paraîtra la plus indiquée. Signalons l'*anastomose récurrente*, dans laquelle on anastomose le bout proximal de l'iléon avec l'anse sigmoïde et le bout distal de l'iléon avec le rectum, ce qui fait que, dans le côlon, la circulation des matières intestinales se fait dans le sens contraire

au sens normal (il faut, dans ce cas, de toute nécessité, détruire la valvule de Bauhin) ; l'*exclusion bilatérale avec entéroplastie*, dans laquelle on remplace un segment de côlon exclu par un segment d'intestin grêle. Ce sont deux procédés compliqués, qui n'ont pour but que de laisser le côlon dans les voies digestives. Il est démontré que l'importance du gros intestin n'est pas assez considérable pour justifier une telle complication d'une opération laborieuse déjà dans la plupart des cas. Ils n'ont d'ailleurs guère été employés sur l'homme et nous ne les avons trouvés signalés dans aucune de nos observations.

Un des temps qu'il faut exécuter avec le plus d'attention est la suture des mésos ; il faut fermer les fentes mésentériques : les techniques le plus à conseiller sont le capitonnage de Duval et Labey, pour le côlon descendant et pelvien, l'adossement du méso-iléon à la face postérieure de l'abdomen pour les anastomoses iléo-coliques, comme le fait Lance, Heidenhain conseille, dans ce cas, de ramener le grand épiploon comme un voile devant l'orifice laissé par l'exclusion. L'intérêt de toutes ces manœuvres consiste dans la possibilité d'éviter ainsi les étranglements internes, qui ont été signalés par de Quervain, Baracz et Giordano, cités par Hartmann, étranglements ayant lieu dans des arcades constituées par les portions intestinales anastomosées.

Troisième temps. – *Fermeture de la cavité abdominale.* — L'opération sur l'intestin étant terminée, il ne reste qu'à faire la toilette rapide des anses manipulées. On les réduit dans la cavité péritonéale, on ramène le grand épiploon au-devant d'elles, on place les tubes de drainage et l'on suture la paroi. C'est à ce moment qu'on suture à

la paroi une des extrémités ou les deux, de l'anse exclue (si l'on a fait l'exclusion), et si l'on croit que la fistule sera insuffisante pour évacuer le liquide sécrété par l'intestin on applique un pansement aseptique.

DISCUSSION — RÉSULTATS

Nous avons réuni 62 observations d'entéro anastomose avec ou sans exclusion intestinale. En y joignant nos observations n°ˢ 26, 103, 106, cela nous fait 65 cas, dans lesquels on a eu recours à cette méthode. Voyons les résultats obtenus :

1° *Entéro-anastomose latérale.* — Sur nos 65 cas, elle a été utilisée 41 fois, qui se décomposent ainsi à l'analyse :

Dans 14 *cas,* le *succès* a été *complet.*

Dans 7 *cas,* on a *immédiatement* suturé ou traité l'anus, après l'entéro-anastomose (à l'aide des procédés de Chaput, de l'entérorraphie latérale, ou de cautérisation de la fistule), *avec succès.*

Dans 19 *cas, l'échec* de l'entéro anastomose a été *complet.*

5 *fois* on n'appliqua pas d'autre traitement, laissant le malade avec sa fistule.

5 *fois* une *opération secondaire locale* (procédé de Chaput, entérorraphie latérale), guérit le malade.

3 *fois* on pratiqua avec *succès l'exclusion unilatérale.* (Dans un de ces cas, après échec d'une intervention locale.)

3 *fois l'exclusion bilatérale* donna la *guérison.*

1 *fois* on eut recours à l'*entérectomie,* avec *succès.*

1 *fois* l'exclusion unilatérale échoua. La suture secondaire par le procédé de Savariaud, aboutit à un succès.

1 *fois* l'exclusion unilatérale aboutit à un désastre (mort par péritonite). Enfin, dans 1 *cas*, Reuge eut un *échec* après une entéro-anastomose suivie de deux tentatives de fermeture de l'anus contre nature. En nous résumant et en condensant ces résultats, nous voyons que dans 33 cas où de nombreux chirurgiens ont tenté l'entéro-anastomose simple, il y a eu 14 succès francs et 19 échecs. La proportion d'échecs est très forte : 57,57 0/0. Il est vrai que, jamais après cette opération, nous n'avons enregistré de décès. Mais une intervention, dans laquelle on a près de *soixante* chances sur cent de manquer le but cherché, doit être, croyons-nous, rejetée de la pratique chirurgicale. Les résultats et le pourcentage changent quand, à cette simple entéro-anastomose, nous ajoutons une opération complémentaire. Les chances de réussite sont plus nombreuses. Nous enregistrons une mort (cas de Von Eiselsberg, obs. 176) due à une péritonite provoquée par l'ouverture d'un vieil abcès intra-péritonéal lors de manœuvres de décollements d'adhérences, au cours de l'exécution d'une exclusion unilatérale, car il a fallu souvent avoir recours à des opérations sérieuses et nécessitant l'ouverture du péritoine pour venir à bout d'un anus contre nature. 14 *fois* on est intervenu sur l'anus : 8 *fois* primitivement, au moment de l'entéro-anastomose, avec 1 seul échec ; 6 *fois*, secondairement, avec 1 échec, cas où l'exclusion unilatérale a donné un succès complet.

Nous n'avons donc que 2 échecs, soit une proportion de 14,28 0/0, ce qui est encore élevé, mais bien meilleur que le résultat précédent. Dans 8 *cas* on a eu recours à l'exclusion uni ou bilatérale. Là, les risques sont plus grands. Sur 5 exclusions unilatérales pratiquées après échec de

l'entéro-anastomose, nous trouvons 1 échec (guéri par une intervention locale secondaire à l'exclusion), et 1 mort. Les 3 exclusions bilatérales nous donnent 3 succès. Nous n'avons pas assez d'observations pour établir une statistique et un pourcentage ayant quelque valeur. Mais, comme nous le verrons plus loin, ces exclusions intestinales sont des opérations qui sont loin d'être bénignes. Il y a là multiplication des sutures intestinales et, par conséquent, accroissement sensible de la difficulté et des risques.

En résumé, nous dirons : 1° L'entéro-anastomose simple ne donne que 42,42 0/0 de guérison (57,57 0/0 d'échecs). Une opération secondaire portant sur l'anus contre nature augmente sensiblement ce taux : 85,72 0/0 de guérison (14,28 0/0 d'échecs). Ce sont là deux méthodes simples et bénignes qui n'ont contre elles que cette forte proportion d'échecs ; 2° quand on fait à un malade une exclusion, on lui fait courir les mêmes risques, que l'entéro-anastomose ait été faite antérieurement ou soit faite au moment même où l'on pratique l'exclusion et nous les étudierons dans la suite de ce chapitre.

2° *Exclusion unilatérale.* — Cette opération a été pratiquée dans 18 de nos cas. 12 *fois* le *succès* a été *complet.* 1 *fois* il y a eu *échec partiel* (Delore, obs. n° 175), la fistule s'est ouverte 2 ans après l'exclusion. 2 *fois l'échec* a été *complet* (Kammerer, obs. n° 182). La fistule se reproduisit après l'exclusion unilatérale, après une entérectomie et ne disparut qu'après une exclusion bilatérale (Savariaud, observation n° 26). On forme l'anus par le procédé de l'auteur. 2 *fois,* on a dû réopérer pour fermer l'anus, l'écoulement de liquide intestinal (non fécaloïde) gênant le malade (Forgue obs. n° 166, entérorraphie latérale ; Weiss, obs. numéro 174, procédé de Chaput). Enfin, dans un cas

(Von Eiselsberg, obs. n° 176), la mort par péritonite suivit l'opération d'exclusion pour une fistule ayant résisté à une entéro-anastomose latérale simple.

Le nombre de cas est un peu restreint pour établir un pourcentage. Cependant, nous voyons que la mortalité est minime. 1 cas pour 18, soit 5,55 0/0. La proportion d'échecs est encore élevée. Quelques-uns de ces échecs n'ont pas été définitifs, une nouvelle opération ayant eu raison de la fistule, mais pourtant, dans 5 cas, l'exclusion unilatérale n'a pas suffi, c'est-à-dire dans 27,77 0/0 des cas. Cependant, il faut considérer que dans 3 de ces cas une opération locale sur l'anus, absolument dépourvue de dangers, a réussi à guérir les malades, ce qui ne nous fait plus que 11,11 0/0 d'échecs. Nous pouvons donc conclure et résumer en disant que l'exclusion unilatérale n'est pas absolument dépourvue de dangers (5,55 0/0 de mortalité). Si on s'en tient à elle seule on échoue environ dans 28 0/0 des cas ; mais une opération locale peut souvent suffire à assurer la guérison et la proportion d'échecs se réduit alors à 11 0/0.

3° *Exclusion bilatérale.* — Nous la trouvons pratiquée dans 15 de nos observations. 10 fois la *guérison* fut *parfaite.*

2 *fois* le passage des matières par l'anus contre nature fut suspendu, mais il persista un tel écoulement muqueux que l'on dut intervenir et réséquer l'anse exclue (Koerte, observation n° 187 ; Obalinski, obs. n° 188). Enfin, 3 fois l'intervention fut suivie de mort (Michel, obs. n° 189 ; Richmond, obs. n° 190 ; Steinthall, obs. n° 191).

En gros, nous avons donc : 2 échecs sur 15 cas, c'est-à-dire 13,33 0/0 ; 3 morts sur 15, c'est-à-dire 20 0/0. Mais nous devons ici faire remarquer que les échecs ne furent

que partiels. Il ne s'agissait que du passage de liquide sécrété par l'intestin et non de matières fécales. Ce ne sont donc pas des échecs à proprement parler, car ces écoulements constituent une infirmité gênante peut-être, mais fort supportable, et en tout cas infiniment moins répugnante que le passage de matières fécales. D'ailleurs, avec le temps, ces sécrétions diminuent et se tarissent presque. On n'aura donc à intervenir que sur des malades neurasthéniques ou impatients, voulant à tout prix être débarrassés de leur fistule. Remarquons aussi que dans ces deux cas, on s'est adressé à l'*entérectomie* et non à la *suture* de l'anus. C'est, en effet, comme nous l'avons montré lors de la description de la technique, l'opération de choix.

En étudiant maintenant les cas de morts, nous voyons facilement que le décès accusé par Steinthall ne relève pas de l'opération. A l'autopsie, on trouve : Pas de péritonite. Pneumonie droite. Dégénérescence graisseuse du foie et du cœur. Néphrite hémorragique. La mort survint au neuvième jour. La malade avait été endormie au chloroforme. Si l'on veut incriminer dans ce décès l'intervention, il faut plutôt, croyons-nous, en charger l'anesthésie que l'acte opératoire lui-même et surtout l'état précaire de la malade, qui, antérieurement, devait avoir au moins le myocarde atteint.

Pour les cas de Michel et de Richmond, il faut attribuer la mort à l'opération : Richmond, péritonite septique enlevant le malade en 48 heures ; Michel, stercorémie due à la sténose de l'intestin au niveau de l'entérorraphie circulaire et aboutissant à la mort au neuvième jour. Cela nous fait donc 2 décès sur 14 cas, soit 14,28 0/0, ce qui est encore élevé.

En résumé, nous dirons donc que l'exclusion bilatérale

est une opération grave, 14,28 0/0 de mortalité ; elle donne de bons résultats dans la majorité des cas (13,33 0/0 d'échecs partiels). Et encore ces échecs n'en sont-ils pas à proprement parler. Cependant, si l'on veut débarrasser définitivement les malades, il faut avoir recours à l'entérectomie, qui, dans ces conditions (où il n'y a plus ouverture du canal intestinal), devient une opération particulièrement bénigne et radicale. Ajoutons cependant qu'on ne doit la tenter que lorsqu'on aura vu, au cours de l'établissement de l'exclusion, que les adhérences ne seront pas trop nombreuses et trop denses pour la rendre impraticable ou du moins très difficile.

Comparons maintenant les 3 méthodes entre elles. Les résultats sont les suivants :

Entéro-anastomose : Echec, 57,57 0/0 ; mort, 0.

Si à l'*entéro-anastomose on combine une opération sur la fistule,* les proportions deviennent : échec, 14,28 0/0 ; mort, 0.

Exclusion unilatérale : Echec, 57,57 0/0 ; mort, 5,55 0/0

Si à l'exclusion unilatérale on ajoute opération sur la fistule, on obtient : échec, 11 0/0 ; la mortalité reste la même.

Exclusion bilatérale : échec partiel, 13,33 0/0 ; mort, 14,28 0/0.

La simple considération de ces chiffres nous impose les conclusions suivantes : *L'entéro-anastomose simple ne fait pas courir de dangers au malade, mais l'échec est très fréquent.*

L'exclusion unilatérale a une mortalité égale ou inférieure à celle de toutes les opérations intra-péritonéales. Seule, la proportion d'échecs est encore élevée ; mais par une opération locale appropriée, on la réduit beaucoup. C'est donc une opération à conseiller.

L'exclusion bilatérale a une forte mortalité. Il est vrai que les résultats en sont beaux, encore qu'on soit obligé quelquefois de réopérer les malades. Nous croyons, cependant, d'après nos chiffres, que pour les obtenir on fait courir trop de risques aux malades.

De sorte que, dans les cas où l'entérorraphie latérale et l'entérectomie seront contre-indiquées ou impossibles, l'opération à laquelle on devra avoir recours sera l'exclusion unilatérale, avec opération complémentaire sur la fistule si c'est nécessaire.

Quelles sont les indications de l'exclusion dans l'anus contre nature ? Nous pouvons dire : ce sont les contre-indications de l'entérorraphie latérale et de l'entérectomie. Dans l'anus contre nature simple, avec éperon, sans adhérences, nous avons montré que l'entérectomie était la méthode de choix. Au contraire, dans les fistules pyo-stercorales, ordinairement consécutives à des suppurations péri-intestinales, l'étendue des adhérences est, en général, considérable, la résection des parties malades rarement possible.

Dans presque toutes nos observations, nous voyons notées l'abondance et la ténacité des adhérences. Il est aussi un autre cas où l'exclusion s'impose ; c'est lorsqu'il y a sténose de l'intestin, cancéreuse ou non, inextirpable, et que le malade veut à tout prix être débarrassé de son anus.

De sorte que les indications de l'exclusion unilatérale (avec ou sans opération complémentaire sur la fistule) se résument en ceci :

1° Fistule pyo-stercorale avec adhérences nombreuses.

2° Anus contre nature sur un intestin porteur d'une tumeur inextirpable.

3° Anus contre nature avec rétrécissement et atrophie du bout inférieur sur une longue distance.

Entéro-anastomose latérale simple

INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	CAUSE DE L'ANUS	RÉSULTAT	
Carl Beck. — Medical Record, 1894.	?	Duodéno-jéjunostomie.	Guérison.	
Bryant. — In Murphy. Loc. cit.	?	Occlusion.	Guérison.	
Hugh. Mac. Call. — Id.	H. 55.	Hernie étranglée.	Guérison.	
Hartmann. — Bull. Soc. Chir., Paris, 1907.	Femme.	Cancer rectal.	Guérison.	
Lardennois. — Th. Crespin. Lille, 1903.	H. 65.	Cancer sigmoïdien.	Guérison.	
Morton. — British medical Journal, 1895.	H. 27.	Cancer du côlon.	Guérison.	
Murphy. — Loc. cit.	?	Hernie étranglée.	Guérison.	
Reeve. — In Murphy.	?	Hernie étranglée.	Guérison.	
Savariaud. — Bull. Soc. de chirurgie. Paris, 1905.	?	?	Guérison.	
Sorel. — Lyon médical, 1908.	H. 34.	Occlusion.	Guérison.	
Sutton. — In Murphy.	F. 50.	?	Guérison.	
Terrillon et Chaput. — In thèse Sikora. Paris, 1902.	F. 58.	Phlegmon herniaire.	Guérison.	
Mayer Willy. — In Murphy.	?	?	Guérison.	
Young Brown. — American Journal of Obstétric., 1909.	?	Occlusion.	Guérison.	
Bazy. — Bull. Société de Chirurgie. Paris, 1906.	F. 56.	Occlusion.		Echec.
Le Dentu. — Congrès français de chirurgie, 1895.	F. 30.	Appendicite.		Echec.
Le Dentu. — Id.	H. 25.	Append tuberculeuse		Echec.
Murphy. — Loc. cit.	?	?		Echec.
Murphy. — Loc. cit.	F. 57.	Hernie étranglée.		Echec.

Entéro-anastomose avec opération complémentaire sur l'anus ou la fistule

INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE-AGE	CAUSE DE L'ANUS	OPÉRATION PRATIQUÉE ANTÉRIEUREMENT	OPÉRATION PRATIQUÉE SUR L'ANUS		RÉSULTATS	
André. — Thèse *Aerts*, Nancy 1904.	F. 69.	Occlusion.		Chaput.	Prim.	Guér.	
Bazy. — Bulletin de la Société de Chirurgie 1901.	H. 58.	H. étranglée.		Ent. latér.	Sec.	Guér.	
Braùn. — Archiv. für Klinische Chirurgie 1896.	F. 55.	H. étranglée.		Suture term.	Prim.	Guér.	
Braùn. Id.	H. 30.	H. étranglée.	Plus. tentatives d'autoplastie.	Ent. latér.	Prim.	Guér.	
Braùn. Id.	H. 57.	H. étranglée.		Suture term.	Prim.	Guér.	
Braùn. Id.	H. 40.	H. étranglée.	Plus. tentatives d'autoplastie.	Cautérisation	Sec.	Guér.	
Braùn. Id.	H. 62.	H. étranglée.		Cautérisation	Prim.	Guér.	
Chaput. — Archives Générales de Médecine 1890.	Homme	Occlusion.	Ligat. en masse.	Suture par abrasion	Sec.	Guér.	
Ricard. — Thèse *Sikora*, Paris 190?.	F. 46.	H. étranglée.		Ent. latér.	Prim.	Guér.	
Ricard. Id.	F. 37.	H. étranglée.		Ent. latér.	Sec.	Guér.	
Ricard. Id.	F. 16.	Occlusion.		Ent. latér.	Sec.	Guér.	
Shrady — In Murphy, loc. cit.	?	H. étranglée.		Suture de la fistule	Sec.	Guér.	
Reuger. — In *Köerte*. Arch. f. Chirurgie 1900, t. LXI, p. 450.	H. 54.	Occlusion.		Avivement et suture	Prim.		Echec

Entéro-Anastomose avec exclusion unilatérale

INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	CAUSE DE L'ANUS	OPÉRATION PRATIQUÉE ANTÉRIEUREMENT	OPÉRATION PRATIQUÉE SUR L'ANUS		RÉSULTAT	
Bidwell. — British Medic. Journal, 1898, p. 884.	H. 28.	Obstruction.	Entéro-anastom. latérale.			Guér.	
Bier. — Münch. Med. Wochensch, 1895, N° 51.	?	Pérityphlite.	Entéro-anastom. Dieffenbach.			Guér.	
Delore et **Patel.** — Revue de Chirurgie, 1901, XXIII.	F. 40.	Appendicite tuberculeuse.				Guér.	
Delore et **Patel.** Id.	F. 20.	Append. tuberc.				Guér.	
Forgue. — Thèse *Douffiagues*. Montpellier, 1906.	H. 49.	Occlusion.	Entérorraphie latérale.	Entérorraph. latérale.	Sec.	Guér.	
Jaboulay. — Th. *Cavaillon*. Lyon, 1905.	H. 37.	Occlusion.				Guér.	
Jaboulay. Id.	Femme.	Occlusion.	Entéro-anastom.			Guér.	
Jaboulay et **Bérard.** — Province médicale, 1900.	?	Tuberculose du cœcum.				Guér.	
Kammerer. — New-York Medical Record, 1897, I.	H. 28.	Appendicite.				Guér.	
Pauchet. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 1903, XXIX.	Femme.	Diverticulite (Meckel).				Guér.	
Savariaud. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 1909, XXXV.	Femme.	Occlusion.				Guér.	
Vanverts. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 1903, XXIX.	F. 45.	Occlusion.				Guér.	
Weiss. — Thèse *Aerts*. Nancy, 1904.	F. 10.	Occlusion.		Suture par abras. (Chaput).	Sec.	Guér.	
Delore. — Thèse *Cavaillon*.	F. 68.	Occlusion.					Echec part. et tard.
Von Eiselsberg. — Archiv. für Klin. Chirurgie. Berlin, 1898. LVI.	?	Pérityphlite.	Entéro-anastom.				Mort.

Entéro-Anastomose avec exclusion bilatérale

INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE - AGE	CAUSE DE L'ANUS	OPÉRATION PRATIQUÉE ANTÉRIEUREMENT	RÉSULTAT	
Chaput. — Thèse *Saintive*. Paris, 1904.	?	Hernie étranglée.		Guérison.	
Clairmont. — Arch. f. Klin. Chirurgie. Berlin, 1901, LXIII.	?	Appendicite.	Entéro-anastom.	Guérison.	
Von Eiselsberg. — Arch. f. Klin. Chirurg. Berlin, 1898, LVI.	H. 24.	Appendicite.	Entéro-anastom.	Guérison.	
Funke. — Prager. Med. Wochensch, 1895.	H. 39.	Appendicite.		Guérison.	
Gayet. — Province Médicale, 1900.	F. 30.	Tubercul. intest.	Entéro-anastom.	Guérison.	
Kammerer. — New-York Medical Record, 1897.	H. 48.	Appendicite.	Exclus. unilat. et entérectomie.	Guérison.	
Keetley. — Lancet. London, 1896, II.	F. 17.	Tum. de l'iléon		Guérison.	
Picqué. — Bulletin de la Société de Chirurgie. Paris, 1905, XXXI.	F. 42.	Cancer du rect.		Guérison.	
Schwartz. Presse Médicale, 1899.	Femme.	Hernie étranglée.		Guérison.	
Tédenat. — Congrès français de Chirurgie, 1903.	F. 32.	Pelvi-péritonite post partum.		Guérison.	
Koerte. — Archiv. für Chirurgie, 1894.	H. 25.	Appendicite.	Entérot. Entérect. Autoplasties.		Echec partiel. Résection de l'anse exclue.
Obalinski. — Centralblatt für Chirur., 1894.	H. 36.	Hernie étranglée.	Entérotomie.		Echec partiel. Résection de l'anse exclue.
Michel. — Thèse *Aerts*. Nancy, 1904.	F. 79.	Hernie étranglée.			Mort.
Richmond. — New-York Medical Journal, 1890.	H. 46.	Phlegm. iliaque.			Mort.
Steinthall. — Centralblatt für Chirurgie, 1896.	Femme.	Périty phlite.			Mort.

OBSERVATIONS

I

ENTERO-ANASTOMOSE SIMPLE

A. — *Cas suivis de guérison.*

Obs. 130. — *Carl Beck. Medical Record, juin* 1894.

Fistule fécale. Duodéno-jéjunostomie. Fistule récente. Anastomose latérale au bouton. Guérison.

Obs. 131. — *Fistule ancienne. Anastomose latérale. Guérison. Bryant, in Murphy, Médical Record,* 1894.

Fistule fécale ancienne établie probablement sur le côlon transverse. Plusieurs opérations échouent. On fait l'anastomose latérale de l'iléon et du côlon descendant avec un bouton de Murphy oblong. Guérison.

Obs. 132. — *Anus herniaire. Anastomose latérale. Guérison. Hugh. Mac. Call. in Murphy, Medical Record,* 1894.

Homme 55 ans. Hernie gangrénée, fistule stercorale. Anastomose latérale au bouton de Murphy. Guérison.

Obs. 133. — *Anus total pour cancer du rectum. Cure médicale. Guérison.*

Hartmann. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1907, p. 473.

Femme ayant des hémorragies intestinales. Le palper ne donne rien. Au proctoscope, on voit une masse néoplasique saillant dans le rectum.

Laparotomie médiane. Résection intestinale. On ferme le bout inférieur rectal et on abouche le bout supérieur à la peau. Guérison. Dans une seconde opération : dissection du bout intestinal correspondant à l'anus. Incision de l'ampoule rectale. Invagination du bout supérieur dans le rectum, jusqu'à la peau, où on le fixe grossièrement par quatre crins. Suture du rectum sur le côlon. Guérison. Selles normales. Quelque temps après l'opération, le toucher rectal faisait percevoir une sorte de virole plongeant dans le rectum et donnant la sensation d'un col utérin.

Obs. 134. — *Anus iliaque pour occlusion. Iléo-rectostomie. Guérison.*

Lardennois, in thèse *Crespin, Lille,* 1903, p. 88.

Homme 65 ans. Néoplasme du côlon pelvien. Accidents d'occlusion. On fait une laparotomie exploratrice qui se termine par une colostomie iliaque. Le malade veut être débarrassé de son anus. Iléorectostomie par le procédé de la pince porte-bouton. Guérison.

Obs. 135. — *Anus iliaque pour cancer du côlon. Iléo-côlostomie. Guérison.*

Morton, British Medical Journal, 1895, I, p. 859.

Homme 27 ans. Depuis cinq mois, crises de coliques dans la région iliaque droite. Il apparaîtrait, lors de ces crises, une tumeur comme un œuf d'oie dans les environs du point de Mac-Burney. Depuis 15 jours, vomissements. Depuis 8 jours, ni selle, ni gaz par l'anus. Le 15 *octobre* 1894, le malade est très émacié, le ventre distendu.

17 *octobre.* — Laparotomie. Cœcum surdistendu par les matières. On l'incise. Néoplasme à l'union du cœcum et du côlon ascendant. A. c. n. Débâcle. Amélioration rapide. 20 *janvier* 1895, signes d'occlusion. L'A. c. n. fonctionne mal. On le débride. La tumeur a progressé. On fait une anastomose entre l'S iliaque et l'iléon au bouton de Murphy. Amélioration. Mais la tumeur progresse et envahit la peau.

Obs. 136. — *Anus herniaire. A. latérale. Guérison.*

Murphy, loc. cit.

Anus contre nature dû à une hernie crurale étranglée. On fait une anastomose latérale au bouton de Murphy. Guérison.

Obs. 137. — *Anus herniaire. A. latérale. Guérison.*

Reeve, in Murphy, Chicago Clinical Review, février 1895.

Anus consécutif à une hernie étranglée. Anastomose latérale. Guérison.

Obs. 138. — *Anus cœcal. A. latérale. Guérison.*

Savariaud. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1905, XXXI, p. 216.

Anastomose intestinale pour la cure radicale d'un anus cœcal. Guérison.

Obs. 139. — *Anus cœcal pour occlusion. A. latérale. Guérison.*

Sorel, Lyon Médical, 1908, CXI, p. 459.

Homme 34 ans. Occlusion intestinale subaiguë. Le 31 *octobre* 1907, anus cœcal. Le 6 *janvier,* suture à la soie sur l'anus. 7 *janvier, laparotomie.* Torsion manifeste de l'anse oméga, considérablement dilatée. Entérosigmoïdostomie très large entre la fin de l'iléon et le milieu de l'anse oméga pour maintenir la détorsion. Dans les jours qui suivent, les lavements poussés sortent par l'anus cœcal. Bientôt il devient continent. Guérison.

Obs. 140. — *Fistule stercorale. A. latérale. Guérison.*

Sutton (de Pittsburg), *in Murphy, loc. cit.*

Femme 50 ans. Fistule fécale avec rétrécissement de l'intestin. anastomose au bouton de Murphy. Guérison. La fistule se ferma trois semaines après l'opération.

Obs. 141. — *Anus ombilical suite de phlegmon stercoral autour d'une hernie. Entéroanastomose par le procédé de Chaput. Guérison.*

Terrillon et Chaput, in thèse *Sikora, Paris,* 1902.

Femme 58 ans. Anus contre nature ombilical, suite de phlegmon stercoral autour d'une hernie ombilicale. Rétrécissement considérable du bout inférieur. On tente l'anastomose de l'iléon et de l'S iliaque ; pour cela, on abouche ces deux portions d'intestin à la partie inférieure de la plaie et on les ouvre. Ce nouvel anus fut ensuite fermé par plusieurs applications d'entérotome suivies de sutures.

Obs. 142. — *Fistule stercorale. A. latérale. Guérison.*

Mayer Willy, in Murphy, loc. cit.

Fistule stercorale. Iléo-côlostomie par anastomose latérale au bouton de Murphy. Guérison.

Obs. 143. — *Anus artificiel pour occlusion. Anastomose latérale Guérison.*

Young Brown, American Journal of Obstetric, novembre 1909, p. 775.

Première attaque d'occlusion prise pour une crise appendiculaire. Opération faite par un médecin de campagne, qui ponctionne l'intestin et fait une large incision de la paroi. Anus contre nature. Huit jours après, nouvelle crise d'occlusion due à une péritonite. Intervention de Brown, qui dégage beaucoup d'adhérences, trouve une invagination et fait une anastomose latérale de l'iléon au côlon. Guérison.

B. — *Cas suivis d'échec de la méthode (sans autre tentative de traitement).*

Obs. 144. — *Anus cœcal pour occlusion. A. latérale. Echec partiel.*

Bazy, Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris, 1906, *XXXII*, p. 556.

Femme 56 ans. Périodes fréquentes de constipation. En janvier 1906, occlusion résistant à toute médication. Laparotomie. Coudure de l'anse sigmoïde. Redressement. On trouve aussi un rétrécissement du côlon. On suture la plaie médiane et on fait un anus cœcal (on est obligé de laisser une prise sur une déchirure du cœcum). Débâcle... *Le* 11 *avril* on veut faire l'occlusion du côlon rétréci et de la portion fistuleuse. Entéro-anastomose iléo-colique à 12 ou 15 cent. du point rétréci. L'anus cœcal reste tari trois semaines, puis se remet à donner, mais les selles rectales ont continué.

Obs. 145. — *Fistule stercorale après appendicite (?) A. latérale. Echec.*

Le Dentu, Congrès français de Chirurgie. Paris, 1895, p. 224.

Femme 30 ans. Fistule ancienne survenue après un abcès de la

fosse iliaque droite et donnant issue à la plus grande partie des matières fécales. Premier essai de réunion après dissection de l'intestin. Echec. Quelque temps après, anastomose de la dernière anse grêle, à 50 centimètres au-dessus de la valvule avec le côlon descendant. Avec la curette, on détruit la muqueuse du grêle dans la portion située entre l'anastomose et la valvule, pour obtenir une sténose, et on plisse l'intestin. Pendant quelque temps, il y eut des selles naturelles. Puis la fistule recommença à donner comme par le passé.

Obs. 146. — *Fistule stercorale due à une tuberculose cœcale. A. latérale. Echec partiel.*

Le Dentu, loc. cit.

Homme 25 ans. Large fistule de la fosse iliaque droite reposant sur une base dure et étendue. Anastomose de la dernière anse de l'intestin grêle avec l'S iliaque. Selles naturelles, mais il passe encore quelques matières par la fistule. On n'a pas fait l'exclusion de la portion fistuleuse. Mort plusieurs mois après. La fistule était probablement due à de la tuberculose intestinale.

Obs. 147. — *Fistule stercorale. A. latérale. Echec.*

Murphy, loc. cit.

Fistule fécale consécutive à une laparotomie pour tumeur (?) On fait l'anastomose latérale. Un an après, la fistule n'était pas encore guérie.

Obs. 148. — *Anse herniaire. A. latérale. Echec.*

Murphy, loc. cit.

Femme 57 ans. Hernie ombilicale étranglée. Anus contre nature. Opération plusieurs mois après. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Anastomose latérale des deux bouts au bouton. Neuf jours après, le bouton sort par la fistule. Guérison opératoire, mais échec complet pour la fistule.

II

ENTERO-ANASTOMOSE AVEC OPERATION COMPLEMENTAIRE SUR L'ANUS OU LA FISTULE

Obs. 149. — *Anus contre nature pour occlusion. A. latérale. Fermeture de l'anus au procédé de Chaput. Guérison.*

André, in thèse *Aerts, Nancy,* 1904.

Femme 69 ans. Constipée chronique. Il y a deux mois, symptômes d'occlusion. Tuméfaction dans la fosse iliaque droite. Anus contre nature sur la terminaison de l'iléon (à 10 cent. au-dessus de la valvule). Guérison. Par le toucher intra-intestinal, on sent un rétrécissement siégeant sur la valvule. La malade voulant être débarrassée de son anus, on intervient. 13 novembre. Grande incision médiane. Côlon transverse ratatiné, comme induré, fixé dans la fosse iliaque. On ne peut faire d'anastomose sur le côlon ascendant. On pratique une entéro-anastomose entre le milieu du côlon transverse et l'anse afférente de l'anus (à 25 cent. au-dessus). Quelques difficultés, en raison de la surcharge graisseuse des franges épiploïques. Puis on ferme l'A. c. n. par le procédé de Chaput. Suites opératoires simples. Guérison complète.

Obs. 150. — *Anus herniaire. A. latérale, puis entérorraphie latérale. Guérison.*

Bazy, Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1901, p. 944.

Homme 58 ans. Entre à l'hôpital le 21 *juin* 1900. Envoyé avec le diagnostic d'infiltration d'urine. C'est un phlegmon stercoral autour d'une hernie gangrénée (étranglement datant de 5 jours). Incision. Anus contre nature. Suppuration abondante consécutive. L'anus fonctionne bien. Le 7 *novembre*, fermeture de l'A. c. n. 1° Fermeture temporaire de cet anus à l'aide de crins, après avivement des bords · 2° laparotomie médiane, péritonite circonscrite, adhérences. Anastomose latérale entre les deux bouts de l'anse. Drainage. Suture. Dans les jours qui suivent, il passe quel-

ques matières par la fistule, puis tout s'améliore ; il ne persiste qu'une fistulette. Le 1er *mai* on dissèque l'anse fistuleuse et on la ferme par une entérorraphie latérale à deux plans. Guérison.

Obs. 151. — *Anus herniaire. A. latérale. Fermeture en cœcum des deux bouts. Guérison.*

Braùn, Arch. f. Klin. Chirurgie, 1896, p. 417.

Femme 55 ans. Hernie inguinale droite étranglée en octobre 1895. Sphacèle de l'intestin. Anus contre nature par lequel passent toutes les matières.

Opération : laparotomie. On sépare les deux extrémités intestinales de la paroi. On ferme les deux extrémités. Anastomose latérale entre les ansès. Guérison.

Obs. 152. — *Anus herniaire. A. latérale. Suture de l'anus. Guérison.*

Braùn, loc. cit.

Homme 30 ans. Hernie inguinale droite étranglée et opérée. Quatorze jours après l'opération, la plaie s'ouvre spontanément, d'où anus artificiel de 5 cent. de diamètre. Echecs successifs de tentatives d'autoplastie.

Opération. Incision parallèle à l'arcade et une autre verticale, dont la portion inférieure circonscrit la fistule. Libération pénible de l'anse ; on la déchire. Suture des deux orifices : fistule et déchirure. Anastomose latérale des anses afférente et efférente. Guérison.

Obs. 153. — *Anus herniaire. A. latérale. Fermeture des deux bouts en cœcum. Guérison.*

Braùn, loc. cit.

Homme, 57 ans. Hernie inguinale droite étranglée et sphacélée. Anus artificiel avec éperon. Opération le 1er juin 1895. Incision parallèle à l'arcade à 4 cent. au-dessus de l'anus. Pour se donner du jour, on fait une incision elliptique autour de l'anus et on la réunit à la première. Paquet d'anses adhérentes. On dissèque l'anse afférente (portion d'iléon) et l'anse efférente (côlon ascendant). On les ferme toutes deux et on les anastomose latéralement. Drainage. Guérison.

Obs. 154. — *Anus herniaire. A. latérale. Curettage. Thermocautérisation de la fistule. Guérison.*

Braùn, loc. cit.

Homme 40 ans. Hernie inguinale gauche étranglée, fistule stercorale. Echecs successifs de divers procédés autoplastiques. Opération le 6 février 1893. Incision parallèle à l'arcade crurale gauche. Anse sigmoïde adhérente. Libération. On trouve l'anse grêle, siège de la fistule. Entéro-anastomose latérale des anses afférente et efférente. Curettage. Thermo-cautérisation de la fistule. Quelques matières passent les premiers jours. Guérison. Réouverture secondaire du trajet, cautérisation. Guérison.

Obs. 155. — *Fistule stercorale après étranglement herniaire. A. latérale. Cautérisation de l'anus. Guérison.*

Braùn, loc. cit.

Homme 62 ans. Fistule stercorale datant de un mois et demi, survenue à la suite d'une tuméfaction des bourses et de l'aîne droite, qui s'était ouverte spontanément à 3 cent. au-dessus de l'arcade. Intervention. Première incision partant du milieu de la symphyse et parallèle à l'arcade, longue de 12 centimètres. Deuxième incision perpendiculaire à la première et annexée à la fistule. Intestin très adhérent. Entéro-anastomose latérale entre les deux bouts. Fermeture de la plaie. Drainage. Grattage et thermocautérisation de la fistule. Guérison. Un an après, la fistule se rouvre, mais s'oblitère spontanément.

Obs. 156. — *Anus artificiel pour occlusion. A. latérale. Suture par abrasion de l'anus. Guérison.*

Chaput, Archives Générales de Médecine, 1890, p. 151.

Homme. Anus cœcal chirurgical pour occlusion intestinale. Laparotomie exploratrice permettant de constater un rétrécissement étendu du côlon descendant. Entéro-anastomose entre la fin de l'iléon et l'S iliaque. Guérison de l'anus contre nature par abrasion, après échec de la ligature en masse.

Obs. 157. — *Anus ombilical d'origine herniaire. Anastomose latérale. Suture de la fistule. Guérison.*

Ricard, in thèse *Sikora, Paris,* 1902.

Femme 46 ans. Hernie ombilicale datant de 15 ans. Phlegmon

stercoral le 11 avril 1901. Anus contre nature. Jusqu'en août toutes les matières passent par l'anus contre nature. Mauvais état général. Zone eczémateuse autour de l'anus, écoulement de bile. En août, l'état se remonte, le mieux se dessine aussi localement (l'anus se rétrécit, les environs sont moins enflammés). Le 12 *octobre*, intervention. Il y a deux orifices séparés par un éperon mousse et une petite fistule pyostercorale. On nettoie la région fistuleuse. On en arrive ainsi à réséquer toute la masse graisseuse qui entoure l'orifice stercoral. On profite de la brèche pariétale ainsi faite pour décoller l'anse fistuleuse, l'extérioriser et anastomoser les deux bouts. L'intestin est libéré ainsi sur dix centimètres. Il y a tellement d'adhérences qu'à aucun moment on n'est entré dans la cavité péritonéale. Anastomose latérale large de deux anses au catgut, après suture de la fistule par entérorraphie latérale. On ne réduit pas l'anse dans le péritoine, on la laisse dans sa niche pariétale. Suites opératoires simples. Un petit point a donné des matières quelques jours par dissolution du catgut par l'eau oxygénée. Guérison.

Obs. 158. — *Anus herniaire. A. latérale. Entérorraphie latérale secondaire. Guérison.*

Ricard, loc. cit.

Femme 37 ans. Hernie crurale droite grosse comme un œuf depuis l'âge de 16 ans. Etranglement le 16 *février* 1901. Opération le 19. Anse amincie, ne reprenant pas sa couleur avec du sérum chaud. On la laisse sous les compresses. Douze heures après, on l'incise au thermo. Le 28 mars, cure de l'A. c. n. Bon état général. Toutes les matières passaient par l'anus. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Peu d'adhérences. Anastomose latérale à la suture (catgut) entre les anses afférentes et efférentes. Suture de la paroi sans drainage. Suites opératoires simples. Mais pendant douze jours les matières passent par l'anus artificiel. Le douzième jour, selle rectale obtenue par lavement. Le 24 août, selles spontanées. Il y a toujours un léger écoulement au niveau de l'A. c. n. Deuxième intervention. Incision elliptique circonscrivant l'anus. Suture latérale de l'intestin. Guérison.

Obs. 159. — *Anus artificiel pour occlusion. A. latérale. Entérorraphie latérale secondaire. Guérison.*

Ricard, loc. cit.

Femme 16 ans. En *décembre* 1898, est prise brusquement de vomissements avec constipation et douleur dans la fosse iliaque droite. On fait une incision à ce niveau : l'appendice est sain. Deuxième incision médiane : l'opérateur fait le diagnostic d'occlusion et établit un anus iliaque au niveau de sa première incision. La malade entre à Saint-Louis en *février* 1899 pour se faire débarrasser de cet anus. Première opération le 22 mars. On tamponne l'anus à la gaze, puis laparotomie médiane. Anses de l'iléon très adhérentes entre elles. On fait une entéro-anastomose entre les deux anses afférente et efférente (celle-ci était très rétrécie dans le voisinage de l'anus). Suture. Suites opératoires simples. Selles par le rectum. Deuxième opération le 26 mai. Incision circulaire autour de l'anus. On décolle l'intestin. Entérorraphie latérale. Guérison rapide.

Obs. 160. — *Anse herniaire. A. latérale. Fermeture de la fistule. Guérison.*

Shrady, in Murphy, loc. cit.

Hernie gangrénée laissant à sa suite un anus contre nature. Laparotomie dans la région inguinale droite. Anastomose latérale au bouton de Murphy. Guérison douze jours après ; opération complémentaire pour fermer la fistule.

Obs. 161. — *Cas suivi d'échec de la méthode, sans autre tentative de traitement. Anus artificiel pour occlusion. Entéro-anastomose. Avivement et suture de l'anus cœcal. Echec.*

Renger, in Kœrte. Archiv. f. Chirurgie, 1900, t. LXI, p. 450, n° 24.

Homme 54 ans. Entre à l'hôpital le 21 *novembre* 1895. Il a subi une cœcostomie le 2 février 1895. Il rentre à l'hôpital pour faire fermer sa fistule. Etat général satisfaisant. Toutes les matières passent par l'anus cœcal. Tumeur dans l'hypochondre gauche. Le 23 *novembre* 1895, entéro-anastomose. Fermeture provisoire de l'anus cœcal. Laparotomie médiane. Anastomose de l'S iliaque avec la dernière anse de l'iléon. L'anus cœcal est avivé et suturé. On referme le ventre. Le 16 *janvier* on est obligé de

suturer encore une fois l'anus cœcal. Le malade part chez lui ayant encore deux fins trajets fistuleux laissant écouler un peu de matières. Selles normales par le rectum. La cachexie suit sa marche progressive.

III

ENTERO-ANASTOMOSE AVEC EXCLUSION UNILATERALE

Obs. 162. — *Anus artificiel pour obstruction. A. latérale. Echec. Exclusion unilatérale postérieure. Guérison.*

Bidwell. British. Medical Journal, 1898, p. 884.

Homme, 28 ans. Entre pour une obstruction intestinale due à un rétrécissement de l'angle splénique du côlon. Colostomie. Six mois après, le malade voulait la fermeture de son anus colique. Laparotomie. Entéro-anastomose latérale entre l'S iliaque et l'iléon suivant le procédé de Halsted. Après l'opération, il passait autant de matières par l'anus colique que par le rectum. Deux mois plus tard, laparotomie. Section de l'iléon entre le cœcum et l'anastomose. Fermeture des deux bouts. Guérison.

Obs. 163. — *Exclusion pour fistules stercorales. Guérison après cinq laparotomies.*

Bier. Münch. Med. Woch. 1895, n° 51, p. 1197.

Symptômes de périty phlite en 1880 et consécutivement fistules stercorales. *Le 10 septembre* 1894, tentative d'exclusion du cœcum pour guérir ces fistules. Opération difficile, très nombreuses adhérences entre les anses de l'iléon et le côlon. On prend un segment d'intestin particulièrement adhérent pour le cœcum et on en pratique l'occlusion. C'était une anse grêle. Le lendemain, signes d'occlusion ; nouvelle laparotomie. Il est très difficile de se retrouver au milieu des adhérences : on fait un anus contre nature sur l'anse la plus distendue. Le 8 octobre, on essaie d'établir une anastomose entre l'iléon au-dessus de l'anus et le côlon transverse ; on ne put y parvenir et on anastomosa la première anse grêle bien mobile avec le côlon transverse. Les matières sortirent

dans la suite en partie par l'anus contre nature, en partie par l'anus normal. On essaya de fermer l'a. c. n. par deux lambeaux à la Dieffenbach. Echec complet. On fait alors une cinquième laparotomie et on sectionne l'iléon entre l'anastomose et la fistule. Suture des deux bouts. Guérison.

Obs. 164. — *Fistule pyo-stercorale après appendicite tuberculeuse. Exclusion. Guérison opératoire.*

Delore et Patel. Revue de chirurgie, 1901, XXIII, p. 306.

Femme, 40 ans. Fistule pyo-stercorale de la fosse iliaque droite consécutive à une appendicite tuberculeuse. Cachexie. Exclusion d'environ 1 mètre d'iléon et du cœcum. Abouchement termino-latéral du grêle dans le côlon au bouton de Murphy-Villard. Suites opératoires bénignes. Selles naturelles. Plus de matières fécales par les fistules qui ne sont plus que purulentes. Mort de cachexie 28 jours après.

Autopsie. — Péritoine sain. Vaste foyer purulent péri-appendiculaire.

Obs. 165. — *Fistules stercorales après tuberculose iléo-appendiculaire. Exclusion. Guérison.*

Delore et Patel, loc. cit.

Femme, 20 ans. Tuberculose iléo-appendiculaire. Laparotomie. Fistule stercorale tardive. Seconde intervention. Exclusion de la portion terminale de l'iléon et du cœcum et du côlon ascendant. Anastomose au bouton de Jaboulay termino-latérale de l'iléon dans le côlon transverse. La suppuration cœcale cesse. Il ne passe plus de matières. Selles régulières. Guérison.

Obs. 166. — *Anus contre nature pour occlusion après laparotomie. Echec de la résection partielle. Entéro-anastomose avec exclusion du gros intestin. Guérison.*

Forgue, in thèse *Douffiagues, Montpellier* 1906.

Homme, 49 ans. En 1905, crises douloureuses abdominales. *Le 28 juin*, appendicectomie. Au cours de l'opération, on constate un aspect spécial du cœcum : il y a de la typhlite nette. Suites opératoires excellentes. *Le 9 août*, il revient à l'hôpital pour des accidents d'obstruction. Anus d'urgence sur le cœcum ; suites simples. Amélioration rapide de l'état général. Il se fait une éversion con-

sidérable de l'intestin. Il y a des anses grêles dans le sac formé par la paroi cœcale éversée.

15 *décembre.* — Tentative de fermeture de l'anus : réduction du prolapsus. Fermeture de l'orifice de l'anus par un surjet à la soie. Incision ovalaire circonscrivant l'anus et intéressant toute la paroi. La portion du cœcum correspondant à l'anus contre nature est réséquée entre deux pinces et suturée à triple étage. On détruit quelques brides croisant l'anse sigmoïde. Le lendemain : accidents d'obstruction. On intervient de nouveau sur le cœcum : on le fixe à la paroi et on y introduit un tube de verre de 12 mm. de diamètre. Ce tube tombe le lendemain. L'anus fonctionne.

Le 16 *janvier* 1906. — Laparotomie médiane. On pratique l'exclusion par intestin, car on ne peut trouver l'obstacle. Section de l'iléon près de la valvule. Anastomose latérale iléo-sigmoïdienne. Suites simples. Après une semaine, l'anus contre nature ne donnait qu'un peu de mucus. *Le* 28 *mars :* fermeture de l'anus par le procédé qui avait échoué une première fois sur ce malade. Guérison.

Obs. 167. — *Anus contre nature pour occlusion par cancer du côlon. Exclusion. Guérison opératoire.*

Jaboulay, in thèse *Cavaillon.*

Homme, 37 ans. Occlusion intestinale due à une tumeur encéphaloïde du côlon iléo-pelvien. Anus contre nature d'urgence sur le cœcum. Soulagement marqué du malade. Au bout de 19 jours, comme il demande à être débarrassé de son anus, laparotomie. Anastomose de la portion terminale de l'iléon à la portion d'intestin sous-jacente au néoplasme. On ferme en bourse le bout cœcal de l'iléon. L'anus cœcal s'arrête de fonctionner. Survie de 18 mois.

Obs. 168. — *Anus cœcal pour occlusion par cancer du côlon. Echec de l'anastomose latéro-latérale simple. Exclusion. Guérison opératoire. Mort de cachexie.*

Jaboulay, in thèse *Cavaillon,* p. 83.

Femme. Obstruction chronique par cancer au-dessus du cœcum. Laparotomie. Anus cœcal. Amélioration. La malade veut qu'on lui ferme son anus. Un mois après, anastomose latéro-latérale iléo-colique au bouton au-dessus du cœcum. Guérison par-

tielle. Quelquefois, des matières passent par la fistule. Au bout de trois ans, des bourgeons néoplasiques apparaissent dans le trajet de l'anus contre nature. Ecoulement de glaires et de matières fécales. Nouvelle laparotomie. Anastomose iléo-colique termino-latérale au bouton au niveau de la partie moyenne du côlon descendant. L'anus médian ne donne plus. Mort de cachexie et hypostase un mois après.

Obs. 169. — *Fistule stercorale par tuberculose du cæcum. Exclusion. Guérison.*

Jaboulay et Bérard. Province médicale, 1900, p. 223.

Tuberculose du cæcum, fistule. Anastomose latérale au bouton de Murphy entre l'iléon et le côlon transverse. Puis, section de l'iléon avec oblitération des deux orifices. Les matières reprennent leur cours normal.

Obs. 170. — *Fistule stercorale après appendicite. Exclusion. Guérison.*

Kammerer. N.-Y. Med. Record., 1897, I, p. 253.

Homme, 28 ans. Opéré le 27 mai 1895 pour un gros abcès appendiculaire ; fistule stercorale consécutive Le 21 août, on ferme la fistule par quelques points superficiels et on fait la laparotomie. Section de l'iléon à quelques centimètres au-dessus du cæcum. Son bout distal est fermé et on anastomose son bout proximal au côlon transverse (bouton de Murphy). Suites simples. Le bouton tombe au huitième jour. La fistule continue à donner un certain écoulement, mais se ferme spontanément en octobre.

Obs. 171. — *Entérostomie pour occlusion aiguë par diverticulite chronique. Cure de l'anus contre nature par abouchement dans le cæcum.*

Pauchet. Bulletin de la Soc. de Chir. de Paris, 1903, XXIX, 1161.

Jeune fille. Plusieurs crises abdominales depuis l'âge de six ans. Brusquement, occlusion aiguë. Laparotomie. Diverticule de Meckel de 4 à 5 centim. de long, à 25 ou 30 centimètres du cæcum, enflammé, adhérent au mésentère et coudant l'iléon. Résection du diverticule. Ponction du grêle. Pas de drainage. Deux jours après : occlusion. Au bout de quatre jours, anus contre

nature sur le cœcum. Au bout de deux mois, selles naturelles moulées ; l'anus cœcal donne peu. Cure de l'anus par entérorraphie latérale. Guérison pendant 15 jours, puis occlusion. Nouvel anus artificiel. Trois mois après, cure par anastomose de l'anus contre nature dans le cœcum. Guérison.

Obs. 172. — *Anus contre nature pour occlusion. Exclusion. Guérison.*

Savariaud. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1903, t. XXXV, n° 22.

Femme. Troisième crise d'occlusion intestinale par tumeur de l'angle splénique du côlon. Anus contre nature sur le côlon transverse. Douze jours après : exclusion unilatérale avec iléo-sigmoïdostomie. Extirpation du cancer dix-huit jours après. L'anus laisse passer un peu de mucus tous les quinze jours.

Obs. 173. — *Exclusion de la plus grande partie de l'intestin pour un anus contre nature.*

Vanverts. Bulletins et Mémoires de la Soc. de Chir. de Paris, 1903, XXIX, p. 610.

Femme, 45 ans. En mai 1902, laparotomie pour fibrome utérin. On ne fait pas l'hystérectomie, car on pense à une grossesse. Hématome. Longue suppuration.

Le 3 septembre 1902. — Hémorragie utérine abondante. Tumeur abdominale à laquelle la cicatrice est adhérente. On pose de nouveau le diagnostic de fibrome. Intervention le 24 *septembre* 1902. Incision sous-ombilicale. Intestin adhérent à la paroi, la libération en est impossible ; de même pour l'utérus. Dans les tentatives de libération, déchirure d'une anse. Suture au catgut en un seul surjet. Drainage par une mèche.

Suites opératoires. — Pas de réaction péritonéale. Le 26, écoulement de matières par la plaie qui s'accentue les jours suivants. Perméabilité du bout inférieur très diminuée ou abolie.

6 *octobre* 1902. — On fait l'exclusion de l'anse intestinale ; le bout supérieur de l'intestin est tamponné à la gaze pour le reconnaître. Incision sus-ombilicale. Section de l'épiploon adhérent à la paroi et qui masque les anses. On trouve facilement le bout intestinal tamponné à la gaze : c'est la partie initiale du jéjunum. *Section de l'intestin à 50 ou 60 centimètres de l'angle duodéno-*

jéjunal. Implantation du bout supérieur dans le bord libre du côlon transverse, à sa partie moyenne, dont le calibre est inférieur au calibre de l'iléon. Suture de la paroi en deux plans. *Suites :* quelques vomissements. Sept heures après l'intervention, on donne un peu d'eau. A minuit, un gaz par l'anus. Par l'ancien anus exclu, qui n'a pas été fermé, s'écoule un peu de liquide entérique. Légère saillie de la muqueuse et léger écoulement. Selles en diarrhée. Engraissement de dix livres en six mois. Taux d'urée normal.

Obs. 174. — *Anus contre nature pour occlusion. Cure radicale par exclusion et fermeture de l'anus par le procédé de Chaput. Guérison opératoire.*

Weiss in thèse *Aerts*, p. 96.

Fillette, 10 ans. Occlusion intestinale durant depuis quatre jours. Laparotomie médiane exploratrice. On ne trouve rien. Anus contre nature par une deuxième incision. Guérison. Quand le ventre est devenu souple, on sent à la palpation une tumeur au niveau du côlon transverse (tuberculose ?). Deuxième laparotomie. On reconnaît que c'est vraiment une tumeur d'origine tuberculeuse du côlon transverse, inextirpable. Iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale du côlon ascendant, transverse et descendant. Guérison opératoire. Selles par le rectum. Ultérieurement, suture de l'anus par le procédé de Chaput. Guérison opératoire. Mort quelques mois après par cachexie tuberculeuse.

Obs. 175. — *Cas suivi d'échec partiel de la méthode (sans autre tentative de traitement). Cancer de l'S iliaque. Occlusion. Cœcostomie. Exclusion unilatérale.*

Delore, in thèse *Cavaillon*, p. 248.

Femme, 68 ans. Occlusion datant de dix jours. Distension énorme du gros intestin (côlon transverse et cœcum). Laparotomie, 8 août 1903. On ne trouve pas l'obstacle. Cœcostomie. Le 28 octobre, on sent un cancer de l'S iliaque. La malade demande à être débarrassée de son anus. On fait une exclusion unilatérale avec implantation iléo-sigmoïdienne. Suites simples. En février 1905, la malade va bien, quoique cachectique. Depuis un mois, quelques matières fécales passent par l'anus iliaque.

Obs. 176. — *Cas suivi de mort. Anus contre nature pour tumeur inflammatoire du cœcum. Anastomose latérale après exclusion. Mort.*

Von Eiselsberg. Arch. f. Klin. Chir. Berlin, 1898, LVI, p. 281.

Tumeur et rétrécissement du cœcum à la suite de périty phlite récidivante. Résection du cœcum. Iléo-côlostomie latérale. Les adhérences ne permettent pas de mobiliser les anses inférieures de l'iléon ; on en fixe la lumière à la plaie abdominale, d'où fistule stercorale. Pour la traiter, comme l'anastomose est déjà faite, on pratique l'exclusion : section de l'iléon, fermeture du bout distal. Implantation du bout proximal dans l'S iliaque. Mort par périt nite, en 24 heures, due à un vieil abcès intra-péritonéal ouvert par mégarde au cours des manœuvres nécessitées par le décollement des adhérences.

IV

ENTERO-ANASTOMOSE AVEC EXCLUSION BILATERALE

Obs. 177. — *Anus herniaire. Exclusion de l'anse fistuleuse. Guérison.*

Chaput, in thèse *Saintive,* p. 77.

Anus de la région inguinale droite consécutif à un sphacèle de l'intestin hernié. Eperon épais de plus de 1 centimètre. Les deux bouts de l'intestin sont très divergents. Laparotomie. Entéro-anastomose large entre les deux bouts arrivant à l'anus. Pour empêcher le cours des matières dans les segments intestinaux situés au-dessous de l'anastomose, ligature de ces deux segments avec deux lanières de gaze iodoformée, laissées à demeure. Guérison. (Les gazes furent éliminées secondairement.)

Obs. 178. — *Anus cœcal consécutif à une périty phlite. Echec de l'iléo-côlostomie. Exclusion bilatérale. Guérison.*

Clairmont. Arch. f. Klin. Chir., 1901, LXIII, p. 690.

Incision d'un abcès périty phlique. Peu après, anus cœcal spontané. Laparotomie pour fermer cet anus. La résection est impossible à cause des adhérences. On fait une iléo-côlostomie latérale.

Les selles normales se rétablissent, mais il passe toujours des matières par la fistule. Sept semaines après, on fait l'exclusion totale avec suture des quatre bouts intestinaux. Guérison.

Obs. 179. — *Fistule stercorale après appendicite. Echec de l'iléo-côlostomie. Exclusion bilatérale. Guérison.*

Von Eiselsberg. Arch. f. Klin. Chir. Berlin, 1898, LVI, p. 291.

Homme 24 ans. Abcès iliaque d'origine appendiculaire. Incision et drainage. Fistule stercorale. Tentative de traitement : laparotomie. Les adhérences empêchent de tenter une résection. Iléo-côlostomie latérale. Des matières passent encore. On fait alors l'exclusion totale de la partie intestinale adhérente. Guérison.

Obs. 180. — *Fistule stercorale après périty phlite. Exclusion bilatérale. Guérison.*

Funke. Prager. Med. Woch., 1895, XXXII.

Homme, 39 ans. Ayant dans la région du cœcum une tumeur du volume du poing. On l'incise. Il s'écoule du pus et des matières. Comme on ne pouvait fermer l'anus, on se décida à faire une laparotomie et à réséquer le cœcum. Mais il y avait tellement d'adhérences et de tubercules miliaires sur la séreuse, que l'on préféra tenter l'exclusion. Section de l'iléon et du côlon. Suture des extrémités de la portion exclue par invagination. Le bout proximal est implanté dans le côlon transverse. Suites simples. Le troisième jour, on ouvre la fistule, qui continue à donner un peu de mucus.

Obs. 181. — *Fistule stercorale due à une tuberculose intestinale. Echec de l'anastomose iléo-colique. Exclusion totale. Guérison.*

Gayet. Province Médicale, 1900, p. 222.

Femme, 30 ans. Abcès froid de la région lombaire, pris d'abord pour un abcès d'origine osseuse. Grattage de l'os iliaque. Au bout de quelque temps, des matières s'écoulent ; on incise et on trouve deux orifices intestinaux. Des adhérences empêchent toute intervention. Deux mois après, laparotomie médiane et incision transversale. Les orifices fistuleux sont sur le grêle et le cœcum ; adhérences. On fait une iléo-côlostomie latérale. Comme les matières passaient encore par les fistules, on pratiqua dans une quatrième intervention la section de l'intestin au-dessous de l'anastomose ;

on fit l'exclusion totale des segments fistuleux. Succès. Les fistules donnent un peu de sérosité louche.

Obs. 182. — *Fistule stercorale après appendicite. Echecs successifs de l'exclusion unilatérale et de la résection. Exclusion bilatérale. Guérison.*

Kammerer, loc. cit.

Homme, 48 ans. Opéré trois fois pour des suppurations appendiculaires de février à octobre 1895. Fistule stercorale. *En février* 1896, 1re opération : section de l'iléon à 6 pouces du cœcum. Abouchement du bout proximal au bouton de Murphy, dans le côlon transverse. Fermeture du bout distal. Pas d'amélioration. En novembre 1896, 2e opération. De nombreuses adhérences gênent les manœuvres opératoires. On arrive ainsi péniblement à réséquer une portion du gros intestin et le segment d'iléon. La fistule reparaît. Le 17 décembre 1896, laparotomie. L'anastomose iléo-colique fonctionne bien. On sectionne le côlon transverse à droite de cette anastomose. On isole ainsi le coude droit du côlon et côlon ascendant. La fistule ne donne plus qu'un léger écoulement. L'auteur se propose de la fermer ultérieurement.

Obs. 183. — *Anus contre nature pour tumeur de l'intestin. Exclusion totale. Guérison.*

Keetley. Lancet, London, 25 july 1896, vol. II, p. 226.

Femme, 17 ans, présentant une tumeur de l'intestin grêle : anus contre nature. Neuf mois plus tard, on fit, pour l'en débarrasser l'exclusion de l'anse malade. Un des bouts fut fermé et abandonné dans l'abdomen, l'autre amené à la peau. Rétablissement de la continuité par entérorraphie circulaire avec invagination par la méthode de Maunsell. L'anse exclue sécrétait fort peu et la malade guérit.

Obs. 184. — *Anus iliaque pour tumeur du rectum. Exclusion totale après résection du rectum. Guérison.*

Picqué. Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie, Paris, 1905, XXXI, p. 2.

Mme Ida L..., 42 ans. Depuis cinq mois, apparition d'une tumeur à l'anus, douleurs vives, etc. 22 *juin* 1904 : anus iliaque en deux temps (Maydl-Reclus). Quinze jours après, extirpation du

rectum, anus sacré. Trois mois après, fermeture de l'anus. Incision circulaire jusqu'au péritoine. Section des deux anses intestinales. Fermeture en cœcum. Entéro-anastomose latéro-latérale. Drainage. Guérison.

Obs. 185. — *Anus herniaire. Exclusion totale. Guérison.*

Schwartz. Presse Médicale, 17 juin 1899.

Femme. Opérée le 18 juin 1898 pour une hernie crurale droite étranglée. On fixe l'anse herniée à l'aide d'une gaze traversant le mésentère. Anus crural les jours qui suivent. A la fin d'octobre, éperon manifeste. Intervention le 17 novembre 1898. Laparotomie latérale droite. Cœcum très dilaté. Le bout supérieur de l'anse fistuleuse est très distendue par des matières fécales. Le bout inférieur a le calibre d'un gros porte-plume. On pratique l'exclusion bilatérale de l'anse herniée et l'anastomose des deux anses par implantation terminale du bout inférieur sur le flanc du bout supérieur dont l'extrémité a été suturée en bourse. Drainage à la gaze. *Suites opératoires :* le lendemain, gaz par l'anus. Huit jours après, débâcle. Guérison parfaite.

Obs. 186. — *Fistules du côlon transverse s'ouvrant un peu au-dessus du pubis et dans le cul-de-sac postérieur. Exclusion bilatérale. Guérison lente.*

Tédenat, Congrès de Chirurgie, 1903, p. 59.

Femme, 32 ans. Il y a dix mois, accouchement laborieux, forceps, accidents septiques graves. Au 20e jour, évacuation de pus par le vagin, avez gaz et matières fécales. Cinq jours après, incision au-dessus du pubis d'un abcès. Deux jours après, le drain est bouché par un ver intestinal et des matières fécales dures. Etat stationnaire des fistules. *Le 9 février* 1898, intervention. Laparotomie médiane. Les fistules siègent sur le côlon transverse. Exclusion bilatérale de ce côlon transverse. Anastomose latérale du côlon transverse, région droite avec l'anse sigmoïde. Guérison lente en huit mois.

Cas suivis d'échec de la méthode

Obs. 187. — *Fistule stercorale après appendicite. Echec de l'entérotomie, de la résection, de différents procédés. Exclusion bilatérale. Echec. Résection de l'anse exclue. Guérison.*

Kœrte. Archiv. für Chirurgie, 1894, p. 715.

Homme, 25 ans. Entre le 16 novembre 1891 avec le diagnostic d'iléus. Laparotomie. Il s'écoule du pus sanieux. L'état général se remonte. Il demeure une fistule menant à l'appendice. *Le 13 mars* 1892, appendicectomie ; il reste la fistule. *En août* 1892, empâtement de la région cœcale. Le malade est pâle et chétif. Intervention. Résection du cœcum et d'une partie du côlon ascendant ; on abouche les lumières du cœcum et du côlon à la peau. Il y a de la tuberculose intestinale. *Octobre* 1892 : échec de l'entérectomie. *Le 19 novembre,* résection de 21 centimètres de côlon. On ferme la section du côlon et l'iléon est abouché dans le côlon. *Le 23 novembre* il s'écoule quelques matières dans la plaie. *27 novembre :* première selle par le rectum. On fait trois applications d'entérotome et une fois le procédé de Dieffenbach. Echecs. *Le 13 mai* 1893, sixième intervention. Laparotomie. On sectionne l'iléon à 12 centimètres de la fistule. On ferme la portion attenant à la fistule et on abouche l'autre à l'S iliaque. On ferme le côlon au-dessus de l'anastomose par des fils passés dans la musculeuse et la séreuse. *18 mai,* selle par le rectum ; mais, le 26 mai, il s'écoule des matières par la fistule. *3 juin,* laparotomie. On sectionne le côlon transverse et on suture les deux orifices. Les selles redeviennent normales, mais il persiste un écoulement muqueux. *28 juin,* extirpation de tout l'intestin exclu. Guérison.

Obs. 188. — *Anus herniaire. Echec de l'exclusion bilatérale. Résection de l'anse exclue. Guérison.*

Obalinski. Centralblatt für Chirurgie, 1894, p. 1193.

Homme, 26 ans. Anus contre nature consécutif à un étranglement herniaire. Entérotomie de Dupuytren. Echec partiel. Pour achever la guérison, on fait l'entéro-anastomose par la méthode d'Hochenegg avec fixation des deux bouts de l'anse exclue à la paroi abdominale. Le cours des matières redevient normal. Mais

les fistules donnent tellement de mucus visqueux, qu'on doit pratiquer une nouvelle laparotomie pour extirper l'anse exclue. Guérison.

Cas suivis de mort

Obs. 189. — *Anus herniaire. Exclusion bilatérale. Mort.*

Michel, in thèse *Aerts*, p. 97.

Femme, 79 ans. Hernie crurale étranglée. Kélotomie. Sphacèle intestinal. On ne réduit pas. Anus contre nature sur la partie inférieure de l'iléon. Les selles rectales sont supprimées. Lésions irritatives très marquées. Prolapsus prononcé de la muqueuse. *En décembre* 1903, laparotomie médiane. On trouve facilement les deux anses afférente et efférente, séparées par un éperon mésentérique très épais. Avec la pince écrasante, on fait un sillon d'écrasement sur chacune de ces anses. Ligature avec un fil. Clamp au-dessus. On a ainsi fait l'exclusion de l'anse fistuleuse.

Réunion par entérorraphie circulaire. Drainage. Suture.

Suites opératoires. — Mauvais état général des premiers jours. Amélioration vers les 5e, 6e et 7e, puis ballonnement, vomissements, etc. Mort le 10e jour.

Autopsie. — Les sutures ont tenu. Pas de trace de péritonite. Il y a un rétrécissement assez prononcé de l'intestin au niveau de la ligne de suture.

Obs. 190. — *Fistule stercorale après phlegmon iliaque. Exclusion totale. Mort.*

Richmond. New-York Medical Journal, 1890, p. 164.

Homme, 46 ans. Incision d'un abcès iliaque contenant du pus, des gaz, des matières. Cinq semaines après, malgré le très mauvais état général du malade, on pratique une laparotomie : le cœcum et la fin de l'iléon sont agglutinés en masse diffuse. Section des deux intestins. Fermeture des quatre bouts. Anastomose iléo-colique (côlon ascendant). Mort de péritonite septique en 48 heures.

Obs. 191. — *Fistule cœcale. Exclusion totale. Mort.*

Steinthall. Centralblatt für Chirurgie, 1896, p. 107.

Femme, présentant à la suite d'une perityphlite une fistule

cœcale. On pratique, sous chloroforme, l'implantation d'une anse intestinale grêle dans le côlon ascendant (impossibilité de réséquer la tumeur, ulcérations tuberculeuses du cœcum). On ferme le bout distal du cœcum. Mort au 9e jour.

Autopsie. — Pas de péritonite. Pneumonie droite. Dégénérescence graisseuse du foie, du cœur, néphrite hémorragique.

CONCLUSIONS

Le traitement chirurgical des anus contre nature et des fistules stercorales ne saurait donc être uniforme. Il doit s'adapter et varier suivant les cas.

Tout d'abord nous excluerons les méthodes extra-péritonéales pures. Aboutissant le plus souvent à des échecs, dangereuses et fatales quelquefois, on ne peut les conseiller actuellement, alors surtout que les méthodes intra-péritonéales donnent de si brillants résultats. Ces dernières se décomposent en trois genres, de difficulté et d'indications différentes : l'entérorraphie latérale, l'entérectomie, l'entéro-anastomose, avec ou sans exclusion.

L'*entérorraphie latérale* est simple, rapide et absolument sans dangers pour qui sait être aseptique. Mais elle exige des conditions particulières pour avoir toute sa valeur, conditions qui sont réalisées au maximum dans l'anus chirurgical établi sur le côlon. Elle rendra donc de très nombreux services.

L'*entérectomie* constitue une opération plus grave. Sa mortalité est réduite à 6,25 0/0, chiffre qui est bien loin de celui donné par les statistiques antérieures. Mais il faut aussi que l'intestin se présente dans des conditions spéciales pour qu'on puisse l'appliquer sans aucune incertitude.

L'*entéro-anastomose simple,* de Maisonneuve, est re-

marquablement bénigne et simple. Mais ses résultats sont trop souvent négatifs.

L'*exclusion unilatérale* a une autre valeur : sa mortalité est faible (5 0/0). Employée seule, elle a quelquefois des insuccès. Mais ici nous pouvons employer, et avec de grandes chances de succès, les opérations locales sur l'anus (procédés de Chaput ou de Savariaud). C'est, pensons-nous, là l'unique indication de ces méthodes.

L'*exclusion bilatérale* est une opération grave. Sa mortalité est encore élevée. De plus, son exécution est longue. Enfin, il faut laisser l'anse fistuleuse, ce qui peut constituer, et constitue souvent, une gêne considérable pour le malade.

Nous avons vu que chaque opération a ses indications précises. A la fin de nos conclusions, nous ne pouvons mieux faire que les résumer :

Nous appliquerons :

I. *L'entérorraphie latérale* aux anus contre nature dans lesquels :

1° Il y a peu ou pas d'adhérences ;

2° Il n'y a pas d'éperon, ou il est facilement réductible ;

3° Le siège est le gros intestin.

II. L'*entérectomie,* dans les cas suivants :

1° Anus ou fistules de dimensions considérables, siégeant sur l'intestin grêle ;

2° Vaste anus siégeant sur le côlon ;

3° Eperon volumineux ;

4° Tumeur extirpable dans le voisinage de l'anus ;

5° Absence d'adhérences ou facilité de décollement de l'intestin autour de la zone fistuleuse.

III. L'*exclusion unilatérale* (avec ou non opération complémentaire sur la fistule), dans les cas suivants :

1° Fistule pyo-stercorale avec adhérences nombreuses ;

2° Anus contre nature sur un intestin porteur d'une tumeur inextirpable ;

3° Anus contre nature, avec rétrécissement et atrophie du bout inférieur sur une longue distance.

L'opération décidée, il faudra avoir recours à la laparotomie médiane, qui seule permet de se rendre un compte exact de l'état de l'intestin.

OUVRAGES CONSULTÉS

1890. Bœkel. — Entérorraphie pour un anus contre nature. Société de chirurgie, XVI, 330.

Chaput. — Nouvelles méthodes de traitement de l'anus contre nature. Archives générales de médecine. I, p. 151.

Philippe. — Traitement de l'anus contre nature. Critique des procédés anciens. Etude des procédés de M. Chaput. Thèse, Paris, n° 112.

Richmond. — A case of intestinal anastomosis for fœcal fistula. New-York Medical Journal, p. 674.

1891. Bonfilio Garriga. — Hernie crurale étranglée. Guérison. Gacéta médica Catalana, n° 6, p. 164.

Reclus et Chaput. — De l'entéro-anastomose. Archives générales de Médecine, tome II.

1892. Chaput. — Technique et indications des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires. Paris, Asselin et Houzeau.

Jesset. — Surgical diseases of the stomach and intestines. Baillière, Tyndall and C°, London.

1894. Dodge. — Fistules fécales par coup de feu... Guérison. Medical News. Juin.

Jeannin. — De l'entérorraphie circulaire appliquée au traitement des anus contre nature d'origine herniaire. Thèse Lyon, n° 949.

Kœrte. — Ausgedehnte Darmresecktion... und exstirpation des Ausgeschalteten Darmtheiles. Archivs fur Chirurgie, XLVIII, p. 715.

Obalinski. — Zur totalen Darmausschaltung. Centr. f. Chirurgie, p. 1193.

O. Walker. — American Medical record. Juin.

Senn. — Etiologie, pathogénie et traitement de la fistule intestinale et de l'anus contre nature. American Journal of Obstetric, XXX, p. 321.

1895. Bier. — Ueber Darmausschaltung, Münchener Medicinische Wochenschrift, n° 51, p. 1197.

Durand. — Fistule pyo-stercorale complexe... entérectomie. Archives provinc. de chirurgie, 532.

Forgue. — Anus contre nature sur le cœcum traité par la résection. Bouton de Murphy. Bullet. et mém. Société de Chirurgie, XXI, p. 549.

Frey. — Die Technik der Darmnaht. Beiträge zur Klinischen chirurgie, XIV, 1.

Funke. — Pragen med. Woch., n° 32-33, p. 331-342.

Guillemain. — La pratique des opérations nouvelles en chirurgie. Baillière, Paris, p. 139.

Le Dentu. — Du traitement des fistules stercorales et de l'anus contre nature. Observations d'entérorraphie latérale et d'entéro-anastomose. Congrès fr. de Chirurgie, p. 224.

Mauclair. — Essais de chirurgie expérimentale applicables au traitement des anus contre nature complexes. Congrès fr. de Chirurgie, p. 552.

Murphy. — Analysis of the cases operated with Murphy button up to date. (Chicago Clinical Review).

Regad. — Contribution à l'étude de la thérapeutique de l'anus contre nature. Entérorraphie avec incision péritonéale d'emblée et méthode de Murphy. Thèse, Lyon, n° 1162.

1896. Braun. — Guérison de l'anus artificiel et des fistules stomacales. XXI[e] Congrès allemand de chirurgie.

Braun. — Traitement de la fistule stomacale et de l'anus contre nature. Berliner Klin. Woch., p. 550.

Braun. — Ueber die Behandlung der Kothfistel und der widernatürlichen Afters. Archivs für Klin. Chirurg., LIII, p. 417.

1896. Chaput. — Traitement de l'anus contre nature des fistules entéro-vaginales. Bull. et Mém. de la Soc de Chirurgie, p. 393.

KEETLEY. — Two cases of intestinal resection. Lancet, London, tome II, p. 229.

LEJARS. — Bulletin médical du 15 janvier.

MAKINS. — Hernie crurale gangrenée. Opération plastique. Guérison. Lancet, tome II, p. 1754.

OLIER. — Contribution à l'étude du traitement de l'anus contre nature par l'entérorraphie circulaire. Thèse Montpellier, n° 73.

STEINTHALL. — Chloroformgiftung. Centralblatt für chirurgie, p. 707.

TOUCHE. — De l'emploi du bouton de Murphy dans le traitement de l'anus contre nature. Thèse Paris, n° 217.

1897. KAMMERER. — Exclusion pour fistule stercorale après appendicite. Guérison. New-York medical Record, vol. 1, p. 253.

RIOBLANC. — Appendicite suppurée... Anus contre nature. Cure radicale. Guérison. Congrès chirurgie, p. 485.

VILLAR. — Archives cliniques de Bordeaux.

1898. BIDWELL. — Société de chirurgie de Londres, in British Medical Journal, p. 884.

VON EISELSBERG. — Fistule cœcale après appendicite. Exclusion. Guérison. Archiv. f. Klin. Chirurg. Berlin, Bd LVI, n° 91.

KIRMISSON. — Imperforation ano-rectale... Anus iliaque. Entérorraphie latérale. Guérison. Bull. et Mém. de la Société chirurgie. Paris, décembre.

VASCONCELLOS. — Exclusao total do intestino, Lisboa.

YMBERT. — Contribution à l'étude de la fistule pyo-stercorale consécutive à l'appendicite. Thèse Paris, n° 567.

1899. HERCZEL. — Orvosi-hetil. Budapest, XLIII.

SCHWARTZ. — Anus contre nature après hernie crurale. Exclusion. Guérison. Presse médicale, juin.

1900. ALBARRAN. — Appendicite familiale... Congrès chirurgie.

DAMAS. — Fistule cœcale après appendicite. Entérorraphie latérale. Bull. Société de chirurgie. Paris, juillet.

GAYET. — Exclusion de l'intestin pour un anus contre nature lombaire droit d'origine tuberculeuse. Provence médicale, p. 222.

JABOULAY et BÉRARD. — Province médicale, p. 223.

Nicolas. — De l'anus préliminaire dans le traitement du cancer du rectum et en particulier de sa fermeture. Thèse Paris, n° 191.

1901. Bazy. — Bulletin de Société de chirurgie, p. 944.

Clairmont. — Arch. of Klin. Chirurg., vol. 63, p. 691.

— Arch. of Klin. Chirurg., vol. LXIII, p. 690.

Delore et Patel. — De l'exclusion unilatérale dans fistules rebelles de l'intestin Revue de Chirurgie, XXIII, p. 366.

Delore et Patel. — Traitement de l'anus contre nature. Revue de Chirurgie, XXIII, p. 669.

Lécureuil. — Contribution à l'étude des fistules entéro-cutanées consécutives à l'appendicite. Thèse Paris, n° 114.

Patel. — Lyon médical.

1901. Vallat. — De la fistule pyo stercorale entéro-cutanée d'origine appendiculo-cœcale et de son traitement chirurgical par la méthode intra-péritonéale d'emblée. Thèse Lyon, n° 44.

1902. Butler. — Medical and surgical monit. Indianopolis

Douriez — Anus herniaire datant de 37 mois. Guérison. Echo médical du Nord, 13 avril.

Géraud. — Des complications de l'anus contre nature. Thèse Paris, n° 357.

Kessler — 31 cas de tumeurs du gros intestin. Thèse Iéna.

Sikora — De l'entéro anastomose latérale dans le traitement de l'anus artificiel et des fistules stercorales. Thèse Paris, n° 241.

1903. Bérard et Patel. — Les occlusions intestinales par coudure de l'angle colique gauche. Revue de Chirurgie, Paris, XXVII, p. 590.

Crespin. — Etudes sur les anastomoses de l'iléon et de la portion terminale du gros intestin. Thèse Lille, n° 122.

Faure (J.-L.). — A propos du traitement de l'anus contre nature. Bull. et mém. de la Société de Chirurgie, Paris XXIX, p. 698.

Morton. — Brit. med. Journal, p. 1149

Pauchet. — Occlusion aiguë par diverticulite chronique. Entérostomie à droite. Cure de l'anus artificiel par l'abouchement dans le cœcum. Bull. et mém. de la Société de Chirurgie de Paris, XXIX, 1161-1166.

Pousson. — 2 obs. de fistules intestinales guéries l'une par l'entérorraphie circulaire, l'autre par l'entéro-anastomose latérale. Bull. Soc. de Chirurgie, juillet.

Ruotte. — Appendicite tuberculeuse. Fistule. Résection iléo-cœcale. Soc. de Chir. de Lyon. In Revue de Chirurgie, XXVII, p. 795.

Tavel. — Diagnostic du siège de l'occlusion dans l'iléon. Revue de Chirurgie, Paris, XXVIII, p. 775.

Tédenat — Observations Congrès Chirurgie, p. 59.

Vanverts. — Exclusion de la plus grande partie de l'intestin pour un anus contre nature. Bull. et mém. de Soc. de Chir , Paris, XXIX, p 610.

Vautrin. — Contribution à l'étude de l'exclusion de l'intestin. Revue de Chirurgie, XXVIII, p. 20.

1904. Aerts. — Du traitement chirurgical de l'anus contre nature. Thèse Nancy, n° 18.

Delbet (P.). — Traitement des fistules stercorales. Presse médicale du 7 septembre.

Guibé. — Chirurgie de l'abdomen. Masson, Paris, p 128.

Quénu. — Traitement des retrécissements dits syphilitiques du rectum. Du rhumatisme rectal. Extirpation du rétrécissement avec conservation du sphincter. De la fermeture des anus iliaques. Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie, Paris, XXX, p. 719.

Saintive. — Traitement des fistules stercorales consécutives aux hernies crurales étranglées. Thèse Paris, n° 97.

1905. Bayer. — Nürnberg. Thèse Erlangen.

Brown. — Primary bowel résection vs artificial anus in the traitment of strangulated hernia, with report of seven cases. Am. J. obst., New-York, II, p. 754-769.

1905. Cavaillon. — Therapeutique chirurgicale du cancer du gros intestin (rectum excepté). Lyon, 1905, n° 29.

Delépine. — Abouchement du rectum dans l'urèthre. Anus iliaque, puis anus périnéal. J. des Sc. Médic. Lille, I, p. 38-40.

Gauthier et Cavaillon. — Traitement du cancer du côlon par l'entérectomie en 3 temps. Lyon Médical, CV. 761-765.

Lieblein et Hilgenreiner. — Die Geschwüre und die erwarbe-

nen Fisteln der Magen-Darm-Kanal. Deutsche Chirurgie, 46 c. Stuttgart.

Newbolt. — Lancet, II, p. 763.

Pantaloni. — Chirurgie du gros intestin. Deux cas d'anus contre nature et deux cas de cancer traités par la résection et suivis de guérison. Arch. provin. de chirurgie, XIV, p. 129.

Picqué. — Cancer du rectum traité par l'extirpation. Fermeture consécutive de l'anus iliaque préventif. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. Paris XXXI, 2.

Ranzi. — Arch. für klin. Chirurg. Th. Cavaillon, p. 256.

Savariaud. — Cure radicale d'un anus cœcal. Bull. Mém. de Soc. Chirurgie. Paris XXXI, p. 216.

1906. Bazy. — Cancer du côlon transverse. Extirpation Guérison en 4 séances opératoires. Bullet. et Mém. de Soc. de Chirurg., Paris, XXXII, p. 1029-1033.

Bazy. — 1° Occlusions par coudures de l'S iliaque. Redressement de l'anse ; 2° Rétrécissement du côlon. Anus cœcal au-dessus du colon ; iléo-sigmoïdostomie, guérison de l'anastomose iléo-sigmoïdienne, échec secondaire de l'exclusion. Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie de Paris, XXXII, 556-661.

Bosselut. — Pathogénie, évolution et traitement des anus contre nature consécutifs à l'appendicite. Thèse Paris, n° 378.

Bousquet. — Hernie crurale étranglée ayant nécessité l'établissement d'un anus artificiel : cure radicale de cet anus. Guér. Centr. Médic. et pharm. Gannat. 6, XI, p. 658-664.

Desfosses. — Le meilleur procédé d'entérorraphie, après l'entérectomie. Presse Médicale, 24 janvier.

Douffiagues. — Du traitement de l'anus cœcal par l'exclusion unilatérale du côlon suivi d'iléo-sigmoïdostomie. Thèse Montpellier.

Gayet. — Cancer de l'angle droit du côlon exérèse par la méthode de 3 temps. Guérison. Lyon Médical, CVII, p. 840-843.

Jeannel. — Chirurgie de l'intestin. Institut de Bibliogr. scientif., Paris.

Robert. — Contribution à l'étude du traitement des fistules stercorales (Bouton de Murphy). Thèse, Paris, n° 103.

Sieur. — Rétrécissement fibreux du rectum et crises violentes d'entéro-colite muco-membraneuse : création successive d'un anus iliaque gauche, et d'un anus iléo-iliaque droit ; résection du rectum par la voie périnéale ; création d'un anus sacro-coccygien suivi de la fermeture de 2 anus iliaques. Guérison. Bullet. et Mém de la Soc. de Chirurg. de Paris, XXXII, p. 1068-1078.

1907. Barette. — Discussion sur les fistules de l'appendice : fistules iléo-stercorales ayant pour point de départ un moignon d'appendice. Bull. et Mém. de Société de Chirurg. de Paris, n. s. XXXIII, p. 1194.

Delore et Chalier. — De l'extirpation périnéale des cancers de l'anus et du rectum. Considér. établies sur 19 opérat. personnelles. Rev. de chirurgie, XXXV, 784-805.

1907. Duclos. — Des indications et de la valeur de l'anus contre nature dans les cancers du gros intestin (rectum excepté). Th. Paris, n° 188.

Hache. — Sur le traitement des fistules stercorales et des anus contre nature. La Clinique, Paris, II, 308.

Hartmann. — Tumeurs du côlon pelvien. Résection avec anus artificiel dans un premier temps : secondairement, invagination du côlon dans le rectum .. Guérison. Bulletins et Mém. Société Chirurgie Paris, XXXIII, p 473.

1908. Ardouin. — Persistance du diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic; fistule stercorale; omphalectomie; extirpation du diverticule... Guérison. Archives provinciales de chirurgie, XVII, 1 à 6.

Cavaillon et Perrin. — La côlectomie dans les cancers du gros intestin. Revue de Chirurgie, XXXVIII, p. 138.

Delore et Leriche. — Pathogénie et traitement de l'invagination intestinale. Revue de chirurgie, 1908.

Francoz. — Traitement de l'anus contre nature et des fistules stercorales par l'entérorraphie latérale. Thèse Paris, n° 226.

Lambret. — Opération en 3 temps pour cancer du rectum : 1° établissement de l'anus iliaque ; 2° ablation du cancer ;

3° suppression de l'anus iliaque. Bulletin Société Médecine du Nord. Lille, XII, p. 107.

Solieri. — Traitement des fistules stercorales et des anus contre nature. Clinica chirrurgica. Tome XVI, n° 2, p. 265.

Sorel. — Occlusion intestinale subaiguë, anus cœcal ; laparotomie : dilatation de l'anse oméga (méga-côlon) ; suspension de l'anse ; entérosigmoïdostomie... Guérison. Lyon-Médical, CXI, p. 459-464.

1908. Tixier. — Cancer du haut rectum. Hystérectomie totale. Entérectomie. Entérorraphie. Guérison. Revue de Chirurgie, t. XXXVII, p. 100.

1909. Delore et Thevenet. — Traitement de l'anus contre nature. Lyon Chirurgical, t. I, n° 2, p. 115-128.

Maire. — Cure opératoire d'une fistule stercorale spontanée, consécutive à une hernie crurale étranglée non opérée. Centre méd. et pharm. Gannat, XV, p. 17-20.

Mori. — Ein Bertrag zur Technick der Darmresektion bei der Behandlung der Anus praeter-naturalis. Arch. f. Klin. Chirurg., Berlin, t. XXXIX, p. 451-462.

Paucbet. — Empalement. Plaie d'intestin. Entérorraphie Péritonite. Entérostomie. Septicémie. Bains froids. Guérison. Bullet. et Mém. de la Société de Chirurg., Paris, n° 32 du 23 novembre.

Potherat. — Communication orale, in Bullet. et Mém. de la Soc. de Chirurgie, Paris, t. XXXV, n° 27, p. 927.

Routier. — Hernie inguinale gangrenée. Anus contre nature consécutif portant sur le cœcum, près de l'insertion de l'appendice. Cure. Bullet. et Mém. de la Société de Chirurgie, Paris, t. XXXIV, p. 1129-1167, du 30 novembre.

Savariaud. — Cure radicale de l'anus contre nature par un procédé nouveau. Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurg. de Paris, t. XXXV, n° 27, p. 923.

Savariaud. — (Bazy rapp.) Sur 2 cas de cancer du gros intestin opérés et guéris. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, t. XXXV, n° 22, p. 758.

Young Brown. — Anus artificiel consécutif à une opération pour invagination. Occlusion complète du gros intestin

durant 3 ans. Méthode pour rétablir sa continuité. XXII^me^ Congrès d. Ass. d. Acc. et Gynec. Américc. Fort-Wayne, 21-23 septembre.

Von Frisch. — Zur Behandlung der Anus præter-naturalis. Wien. Klin. Wach., XXII. p. 785-789.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 22 juillet 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 22 juillet 1910.
Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
G. SARDA.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 9

PREMIÈRE PARTIE. — Généralités

I. Étiologie 11
II. Anatomie pathologique 15
III. Guérison spontanée. Traitement médical 20

DEUXIÈME PARTIE

Opérations extra-péritonéales

CHAPITRE PREMIER. — Opérations sur l'Éperon 24
I. Refoulement de l'Éperon 24
II. Section de l'Éperon sans entérotome 25
III. Entérotomie 26

CHAPITRE II. — Opération sur l'Orifice 29
I. Compression. Cautérisation 29
II. Occlusion de l'Orifice 30
Autoplasties 30
Occlusions par sutures 30
Procédé de Chaput 34
Procédé de Biondi-Jeannel-Savariaud 36

CHAPITRE III. — Opérations sur l'Éperon et sur l'Orifice. 38

TROISIÈME PARTIE

Opérations intra-péritonéales

CHAPITRE PREMIER. — Entérorraphie latérale 44
Technique opératoire 47
Discussion 60

Pages

Observations. — Ent. latérale portant sur le gros intestin. 64
Ent. latérale portant sur l'intestin grêle. 75

CHAPITRE II. — Entérectomie. 78
Technique opératoire. 81
Discussion. Résultats. 89
Tableaux. 96

Observations. — Entérectomie suivie d'entérorraphie circulaire. 99
Entérectomie suivie de réunion au bouton de Murphy. 108
Entérectomie suivie de réunion par-nastomose latérale. 115
Entérectomie suivie de réunion intestinale (sans indication sur la méthode suivie. 119

CHAPITRE III. — Entéro-anastomose. — Exclusion. 121
Technique opératoire. 124
Discussion. Résultats. 133
Entéro-anastomose latérale. 133
Exclusion unilatérale. 135
Exclusion bilatérale. 136
Tableaux. 140

Observations. — Entéro-anastomose simple. 144
Entéro anastomose avec opération complémentaire sur l'anus ou la fistule. 149
Entéro-anastomose avec exclusion unilatérale. 154
Entéro-anastomose avec exclusion bilatérale. 160

CONCLUSIONS. 167

Ouvrages consultés. 170

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !